الدراسة التطورية للقلق

دكتور
أحمد محمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
جامعتا الإسكندرية والكويت

دار المعرفة الجامعية



الدراسة التطورية للقلق

دكتور

أحمد محمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس

جامعتا الإسكندرية والكويت

٢٠٠٠

دار المعرفة الجامعية

٤٠ ش سوتير - الأزاريطة - ت ٤٨٣٠١٦٣

٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - ت ٥٩٧٣١٤٦

تقديم الطبعة الثانية

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتيب عام ١٩٩٤ فى حوليات كلية الآداب التى تصدر عن مجلس النشر العلمى بجامعة الكويت. وهاهى ذى الطبعة الثانية تصدر بعد مرور ستة أعوام تقريباً على الطبعة الأولى، وعلى الرغم من أن هذه فترة وجيزة فإن الطبعتين صدرتا فى قرنين مختلفين! وكان الأحرى - والحال كذلك - أن تعدل الطبعة الأولى بشكل جذرى، ولكن حال دون ذلك ضيق الوقت، وكما يقال: «إن الصناعة طويلة والعمر قصير». على أن التعديل الوحيد الذى أدخل على هذه الطبعة هو إدراج نص مقياس جامعة الكويت للقلق فى صيغته العربية النهائية، وبيان أهم معالمه السيكومترية، والدعوة موجهة لأى باحث متخصص لاستخدام هذا المقياس دون حاجة إلى الحصول على إذن كتابى من مؤلفه كما تجرى العادة فى مثل هذه الحالات.

وتجدر الإشارة إلى أن جميع المطبوعات العلمية لجامعة الكويت ومجلاتها الدورية محكّمة ، وهو ما ينطبق على هذا الكتيب بطبيعة الحال. كما يتعين أن ننوه أيضاً إلى أن هذه الطبعة مصرح بنشرها من لدن صاحب الحق فى الطبعة الأولى (حوليات كلية الآداب بجامعة الكويت)، والشكر الجزيل لرئيس تحريرها على موافقته الكتابية على ذلك.

وأرجو من الله تعالى أن يكون هذا العمل مما ينتفع به، وأن يكون خالصاً لوجهه الكريم: «قل إن صلاتى ونسكى ومحياى ومماتى لله رب العالمين»، هذا وبالله التوفيق.

محتوى البحث

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بحث تطور القلق أى تغيره من مرحلة عمرية إلى أخرى من الطفولة حتى الشيخوخة. وفى توطئة لهذه الدراسة يعرض الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا، مع التأكيد على جوانب التعريف والتصنيف، والتفرقة بين كل من القلق السوى والقلق المرضى، وبين حالة القلق وسمة القلق، وبين الخوف والقلق المرضى. هذا فضلا عن بيان بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق، مع إيراد معدلات انتشاره. ثم يقدم الفصل الثانى لمسائل التشخيص والعلاج، وبعد بيان الأساس الفيزيولوجى للقلق العصابى، تحدد المظاهر الاكلينيكية له، وكيفية قياسه (مع تقديم مقياس مبدئى له) والتحديد العاملى له، والتشخيص الطبنفسى (السيكياترى) الفارق، ويختتم الفصل بتقديم موجز لطريقة فنية من أهم طرق علاج القلق وأكبرها فاعلية، ونقصد العلاج السلوكى.

أما عرض الدراسات السابقة التي تتناول تطور القلق، فهو موضوع الفصل الثالث، والذى يبدأ بالتفرقة بين النمو والتطور، مع عرض لوجهتى الثبات والتغير فى بحوث الشخصية بوجه عام، وتحديد المقصود من تطور القلق، وبيان علاقة القلق بمطالب النمو، ثم تقديم لمنحنى القلق السوى تبعا للعمر، وتطور القلق المرضى خلال العمر. ويعد هذا الفصل تمهيدا للفصل الرابع والأخير، والذى يعرض لدراسات عربية واقعية (إمبيريقية) فى تطور القلق خلال الطفولة (دراسة مستقلة)، وعبر المراهقة وأوائل الرشد وأواسط العمر والشيخوخة (دراسة ثانية مستقلة). واشتملت عينات الدراستين على فئات عمرية متنوعة بلغ مجموع أفرادها ٢,٣٣٧ مفحوصا.

وقد أسفرت هذه الدراسات العربية الواقعية عن عدد من النتائ
أهمها أن متوسط القلق يرتفع قرب سن البلوغ، وأن القلق يرتفع فى مرحـ
المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض فى مرحلتى أواسط الـ
والشيخوخة. ومن أبرز النتائج أنه ليس حتما أن يرتفع القلق فى مر
الشيخوخة، لأن الفرد فى هذه المرحلة المتقدمة من العمر غالبا ماينخفض
تطلعاته وسعيه، مع تحمل أفضل للإحباط. ولكن تجدر الإشارة إلى دراسـ
أخرى أسفرت عن ارتفاع الاكتئاب (وليس القلق) فى هذه المرحلة. وأخـ
وليس آخرا فقد كشفت هذه السلسلة من الدراسات عن فروق جوهرية
الجنسين فى القلق (للإناث متوسط أعلى) فى كل الحالات إلا قليلا.

مقدمة

القلق - من احدى الزوايا - انفعال انسانى ذو حدة وشدة، وبرغم ما هنالك من زخم فى الدراسات ووفرة فيها فلم تختلف البحوث بشأن انفعال كما اختلفت بشأنه، فقد تعددت الآراء بصدده، وتباينت وجهات النظر اليه، فمن قائل : إن القلق انفعال من قبيل الوبال، اذ ينذر بسوء المنقلب والمآل، فهو أس المرض النفسى وجوهره، يصاحب - فضلا عن ذلك - كل الأمراض الجسمية والأسقام والعلل. فخير الإنسان أن ينأى القلق عنه، ولا يُبتل به، ولايُرزأ بحمله.

ومن الناس والباحثين من يرى القلق - من وجهة ثانية - الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو محرك طاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقة، وسامى فكره، وراقى إبداعاته. ومن ثم فإن القلق - من وجهة نظرهم - مرغوب مطلوب. ويدللون على قولهم هذا بعديد من الأمثلة لعباقرة عانوا القلق، وتألموا لما أصابهم من مشقة وضيق. وبرغم ما واجهوه من ظلم وهضم فلم يفقدوا الأمل والرجاء. انظر الى قول الطُغرائي:

أعلل النفس بالآمال أرقبها   ما أضيَقَ العيشَ لولا فسحةُ الأملِ

ولا غرابة فى أن يدلل كل فريق على رأيه، ويقدم حججا تدعمه، وأسانيد تثبته. ولكن الاختلاف بين وجهتى النظر هاتين الى القلق راجع - فى المقام الأول - إلى الاختلاف على تعريف القلق، إذ تشير نتائج البحوث إلى وجوب التفرقة بين القلق السوى العادى، والقلق العصابى المرضى (وهذا ما

حاولنا أن نبرزه فى الفقرة الرابعة من الفصل الأول). وليس هذا فحسب بل إن بين القلق السوى والقلق المرضى درجات متعددة وظلالاً متدرجة واعتمادا على ذلك فليس من الصواب أن نطلق القول على عواهنه ونو التعميم على اطلاقه : يؤدي القلق السوى إلى الإنجاز وربما الإبداع، ع حين يقود القلق المرضى إلى مختلف العلل والأسقام. فالحق أن هناك درج مثلى معينة تلائم الإبداع وتوائم الابتكار والإنتاج. وليس هذا فحسب، ب الأصوب أن نقول : إن هناك مستوى أمثل للقلق يناسب كل نوع خاص م العمل على حدة، وهذا ما نفصله فى الفقرة الثامنة من الفصل الأول، والذ يعرض للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا فى الدرجة الأولى، ثم نردفه بالفص الثانى الذى يوطىء لتشخيص القلق مع بيان موجز لإحدى طرق علاجه.

ويقدم الفصل الثالث الدراسات السابقة عن تطور القلق، ونقص بذلك تغير مستواه واختلاف معدله من مرحلة عمرية إلى أخرى. ويعرض الفصل الأخير دراسات عربية واقعية Empirical لتطور القلق لدى الأطفا والمراهقين والراشدين والمسنين. والحق أن الدراسات العالمية والعربية قليل فيما يختص بتطور القلق (أى بتغيره تبعا للعمر). ومن هنا فإن الأمل يحدو أن يفتح هذا البحث المجال أمام الدارسين والباحثين العرب لمواصلة درسه، وإكمال جوانب نقصه، والامتداد به وتطويره.

وأرجو أن يكون هذا العمل خالصا لوجه الله، وعلى الله قصد السبيل، والحمد لله الذى هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله.

X

الفصل الأول

القلق بوصفه اضطرابا نفسيا

تمهيد

لاشك أن لدراسة القلق أهمية قصوى فى عصرنا الذى تعددت أسماؤه ومنها أنه «عصر القلق». وحتى تحقق هذه الدراسة أهدافها المرجوة فلابد من البدء فى معالجة مسائل التعريف والتحديد الفارق والتصنيف، ولاغرو فالتعريف نقطة بدء أساسية، ولاريب فى أن التصنيف أساس العلم. وهذا ما يعرض له هذا الفصل فيما يختص بالقلق، فضلا عن بيان بعض علاقات القلق بغيره من المتغيرات، ومعدلات انتشاره فى المجتمع . ونبدأ بعرض لأهمية دراسة القلق.

١ - أهمية دراسة القلق فى عصر القلق

من بين الصفات التى أطلقت على هذا العصر (منذ الخمسينيات من هذا القرن) أنه عصر القلق Age of Anxiety. وكان لهذه التسمية أسباب عديدة ودوافع شتى[١]. ويقع اضطراب القلق Anxiety disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى فى القلب من الاضطراب النفسى (العصاب)، فالقلق محور العصاب Neurosis ، والعرض الجوهرى المشترك فى الاضطرابات النفسية بل فى أمراض عضوية شتى، وهو أكثر فئات العصاب شيوعا، إذ يكوّن من ٣٠ - ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية تبعا للتصنيفات المبكرة[٢]. ويجمع الباحثون

على أن القلق هو المفهوم المركزى فى علم الأمراض النفسية. وأصبح الة
حجر الزاوية فى كل من الطب النفسجسمى Psychosomatic والنظ
الطبنفسية Psychiatric والتطبيق كذلك[٣].

وللقلق دور خاص فى عمليات توافق الكائن العضوى لبيئته. وله م
مهم فى نظريات الشخصية وبحوثها، والشخصية هى الأساس المتين ل
النفس الإكلينيكى وعلم الصحة النفسية. ويذكر «جوردون» أن القلق
مشكلة من أكثر المشكلات النظرية صعوبة فى علم النفس[٤]، ومن ثم
تباينت وجهات النظر بشأنه تباينا واسعا. ومن المناسب الآن أن نعرف القلق.

٢ - تعريف القلق

ورد فى المعجم الوسيط[٥]: قَلِق - قلقا : لم يستقر فى مكان واح
وقَلِق لم يستقر على حال، وقَلِق اضطرب وانزعج فهو قَلِق. وأقلق الهَمّ فا
أزعجه . وقد أقر المجمع استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالخو
مما قد يحدث. والمِقلاق : الشديد القلق. يقال : رجل مِقلاق وامرأة مِقلاق

ونُعرّف القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشي
الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وخو
لامسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستق
والمجهول. كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تم
خطرا حقيقيا، وقد لاتخرج فى الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الف
الذى يعانى من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً
مواقف تصعب مواجهتها.

ويستجيب الجسم للقلق استجابات عدة أهمها زيادة تنبه الجهاز العص
اللاإرادى أو المستقل Autonomic Nervous System (ANS) وبخاصة الفر

الـمبثاوى، فينهض الجسم لمواجهة التهديد غير المحدد وغير المعلوم، فيحرك طاقاته، وتصبح العضلات متوترة، ويسرع التنفس، ويدق القلب بسرعة أكبر . . وغير ذلك من ردود الأفعال[٦].

وبعد تعريف القلق ننتقل إلى التميز بين نوعي القلق: السوي والمرضي.

٣ - القلق السوى والقلق المرضى

لابد أن نفرق بين القلق السوى والقلق المرضى أو العصابى،أو مايسميه الأطباء النفسيون «بالقلق الفيزيولوجى والقلق الباثولوجي»[٧]. غير أن اهتمامنا يتجه إلى ذلك النوع من القلق الذى يؤدي إلى مواقف عصبية تجعل منه قلقاً مرضياً، ففرق كبير بين أن تقلق الأم لمرض عضال أصاب وحيدها، وأن تقلق هذه الأم نفسها قلقا شديدا لتأخر صديقتها عن موعد ضربته لها.

كما يميز بين نوعى القلق كذلك متغيرات شدة Intensity الأعراض الدالة عليه ودوامها Duration. وقد يكون القلق السوى موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا[٨]، ويعزى فى هذه الحالة إلى موقف معين أو يحدث فى زمن خاص أو كرد فعل سوى لمواقف تسبب - حقيقة لدى معظم البشر - القلق، ومثالها ما يَخْبُرُه الطالب قبل الامتحان أو ما يشعر به الأب لدى مرض ابنه، ولذلك يسمى القلق السوي في مثل هذه الحالات بالقلق الموضوعي أو القلق الخفيفي.

أما القلق العصابى فهو خوف مزمن دون مبرر موضوعى، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة الى حد كبير، ولذلك فهو قلق مرضى Morbid يسمى أحيانا بالقلق الهائم الطليق Free floating anxiety . ويستخدم «وولبى»[٩] بديلا عن المصطلح الأخير - الذى يرى أنه خاطىء - مصطلح

القلق الشامل Pervasive، ويرى أنه الأفضل. ويذكر «ليف» أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح : «استجابة القلق»، اذ حل هذا المصطلح محل «حالة القلق»، والأخير بدوره قد حل محل المصطلح النفسي الأقدم : «عصاب القلق»، ولكن لا يزال المصطلح الأخير يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي الأوروبية على حين يستعمل مصطلح «استجابة القلق» في بعضها الآخر[١٠]. ويستخدم بدلا من كل ذلك الآن مصطلح «اضطراب القلق» في الدليل التشخيصي الثالث المعدل[١١].

والقلق العصابي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية فى كل الاضطرابات العصابية، ولكننا نهتم بمجموعة الأعراض هذه عندما تكون الزملة Syndrome الأساسية أى استجابة القلق أو اضطراب القلق. ويعنى القلق العصابى - بمصطلحات نظرية التعلم - حافزا Drive أو استعدادا سلوكيا يهيء الفرد لإدراك عدد كبير من الظروف أو المواقف غير الخطرة موضوعيا على أنها تهديد، ويستجيب لها برد فعل غير متكافيء في الشدة مع الحجم الموضوعي للخطر[١٢].

ويرى المؤلف أن النظر الى القلق على ضوء البحوث التجريبية فى علم النفس ونظرية التعلم أقرب الى علم السلوك، تلك النظرة التى لم تخضع قلق المفحوص والمريض فقط للتجريب، بل كذلك المجرب فى علم النفس والطب البشرى، فمن بين نتائج بعض التجارب " الطريفة " التى ينبغي أن نستخلص الدروس اللازمة منها بوصفنا مجربين أن قلق المجرب يسبب قلقا لدى المفحوص، وأن التأثير على المفحوصين بهدف الحصول على بيانات تؤيد فرض الباحث، يوجد لدى المجربين ذوي الدرجة المرتفعة من القلق[١٣].

٤ ـ تصنيف القلق المرضي وفئاته

أصبحت معظم الحالات التى سميت سابقا بـ " العصاب "

Neurosis تندرج الآن تحت عنوان " اضطرابات القلق ". ولكن عددا قليلا منها ضمته ثلاثة تصانيف مستقلة هي : الاضطرابات التفككية Dissociative، وتلك التى تتخذ صورة جسمية Somatoform، والاضطرابات النفسية الجنسية Psychosexual. أما الحالة التى أسميت فيما مضى بالاكتئاب العصابى Neurotic depression فقد صنفت فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث DSM III الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين على أنها إحدى الاضطرابات الوجدانية، وهى تصنيف مستقل.

ومن نافلة القول أن نذكر أن القلق هو الخاصية المركزية فى مجموعة اضطرابات القلق، فإما أن القلق هو الاضطراب السائد الغلاب، أو أن الفرد يمر به ويجربه إذا حاول أن يتحكم فى أعراض خاصة معينة أو يقاومها (كموضوع مسبب للخوف الشاذ أو طقوس قهرية).

والخواص الرئيسة للقلق كما يصفه الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث للاضطرابات العقلية(١٤) كما يلى:

١ - التوتر الحركى كما يدلل عليه أن يصبح الفرد قَلّازا وثّابا متحفزا، متغيرا فجأة مرتجفا مرتعدا، غير قادر على الاسترخاء.

٢ - النشاط الزائد للجهاز العصبى اللاارادى أو المستقل ANS كما يظهر ذلك فى الدوار أو الدوخة، والقلب المتسارع كما لو كان فى سباق، وزيادة افراز العرق.

٣ - توقع الشر وارتقاب ما يخيف، ويتضح ذلك فى الاجترار القَلِق للأفكار.

٤ - التيقظ والتفرس أو انعام النظر كما يبدو ذلك فى فرط الانتباه وزيادته.

وفى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM II كان القلق إشارة إلى العصاب وأبرز فئاته، وكانت كل الاضطرابات التى يتم فيها «الشعور بالقلق

والتعبير عنه بشكل مباشر»، أو التى يتم التحكم فيها بشكل لاشعورى عن طريق التحويل أو الإبدال وغيرهما من حيل الدفاع تصنف على أنها أعصبة. أما فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث فقد ضُمنت فى اضطرابات القلق، الاضطرابات التى يتعرض فيها الفرد لخبرة القلق بشكل مباشر فقط.

الفئات الفرعية لاضطرابات القلق

لاضطرابات القلق - تبعا للدليل الثالث[١٥] - ست فئات فرعية كما يلى:-

١ - المخاوف الشاذة Phobias وتشتمل على ثلاثة أنواع هى:

أ - الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة Agoraphobia.

ب - المخاوف الاجتماعية.

ج - المخاوف البسيطة.

٢ - الوسواس القهرى Obsession - Compulsion والعنصر الأساسى فيه الوساوس أوالقهر المعاود، أحدهما أو كلاهما.

٣ - الهلع Panic ويتسم بنوبات معاودة من الذعر والهلع، تتصف ببداية فجائية لخوف عنيف وخشية أو رعب.

٤ - القلق العام: والعنصر الأساسى فيه القلق المداوم أو المستمر لمدة لا تقل عن شهر دون أعراض نوعية، كما هو الحال فى اضطرابات المخاوف الشاذة أو الوسواس القهرى.

٥ - الانعصاب التالى للصدمة Post - traumatic stress disorder (PTSD) والخاصية الأساسية فى هذه الفئة هى نشأة أعراض معينة تلى حادثة تعد صدمة من الناحية النفسية، وتعتبر خارج نطاق المدى السوى للخبرات الانسانية، وأمثلتها الاغتصاب والزلازل أو الاحتجاز رهينة أو الوقوع فى الأسر أو الحرب.

٦ - القلق غير النمطي: ويجب أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما لايستطيع الإكلينيكي أن يكون محددا.

ويصرف النظر عن الفئات الفرعية للقلق كما بينا، فمن الأهمية بمكان إقامة تفرقة بين نوعي القلق: الحالة والسمة.

٥ - حالة القلق وسمة القلق

يذكر «سبيلبيرجر»[١٦] (وهو رائد فى دراسات القلق) أن كثيرا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التمييز فى استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية Constructs المرتبطة معا برغم أنها مختلفة تماما من الناحية المنطقية. فغالبا ما يُستخدم مصطلح القلق - أولا - لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل. وتحدث حالة القلق State Anxiety عندما يُدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على أنه يمكن أن يُحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة أو الانعصاب التى تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه.

ويستخدم مصطلح القلق - ثانيا - ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيا فى الاستهداف Proneness للقلق بوصفه سمة فى الشخصية Trait Anxiety، ولا تظهر سمة القلق مباشرة فى السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا، قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة

في سمة القلق. ونتيجة لذلك فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق هم أكثر الأفراد الذين تهاجمهم المواقف العصبية، ويميلون إلى أن يخبروا الأرجاع الخاصة بحالة القلق، وهي أرجاع ذات شدة مرتفعة وتكرار كبير عبر الزمن بالمقارنة إلى الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق[١٧].

وبعد أن فرقنا بين الحالة والسمة فى مجال القلق، نفرق بين القلق والخوف، اذ التداخل بينهما كبير، والآراء متضاربة.

٦ - الخوف والقلق

يرى «جوردون» أنه «ليس من المعروف بعد ما إذا كان القلق يمثل حالة عامة من الدفع المرتفع، أو حالة عامة من الخوف المنتشر، وبرغم ذلك تواتر الدراسات التى تُوجب ضرورة التفرقة بين القلق والخوف»[١٨]. وقد نبعت التفرقة بين القلق والخوف بتأثير من حادثة مؤداها أن المترجمين الأوائل لكتابات «فرويد» أخطأوا ترجمة الكلمة الألمانية Angst التي تعني القلق، على أنها الخوف، وكما أشار «رادو» Rado فإن «فرويد» نفسه كان يجهل الفرق بين الخوف والقلق بوجه عام[١٩]. ويذكر «ليفيت» أنه للاغراض العملية والتجريبية، فلا فرق بين القلق والخوف[٢٠]، ويرى «أيزنك» وكذلك «وولبي» الرأي ذاته. ويورد «إبستاين»[٢١] تعريفا للخوف على أنه «دافع إلى التجنب» Avoidance motive، على حين يُعرِّف القلق على أنه «تنبه دون وجهة» Undirected arousal يلي إدراك الخطر. ويرى أن القلق يختلف عن الخوف في أن الأول لا يجد له مصرفا في سلوك تجنبي نوعي.

ولكن يجب أن نلاحظ أن القلق يختلف عن الخوف فى أمرين هما:

١ - أن القلق خوف من خطر محتمل أو مجهول غير مؤكد الوقوع، فهو خوف من المجهول والخفى والغريب وغير المتوقع.

٢ - وأنه خوف معتقل محبوس لايستطيع أن ينطلق فى مجراه الطبيعى كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم. فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لانستطيع أن نفعل شيئا حيال موقف مخيف يتهددنا بالخطر[٢٢].

أما الخوف فهو استجابة لخطر واضح وموجود فعلا، وهو كذلك وقتى ويزول بزوال المنبه. والمنبه فى هذه الحالة معروف ومُدْرَكٌ شعوريا. ولكن المقصود بالتشابه بين القلق والخوف هنا يكون بجامع التغيرات الفيزيولوجية والأعراض الاكلينيكية فى كل منهما، ولو أن هذا التشابه غير تام كما سنرى. ويورد «ليف»[٢٣] مقارنة بين الخوف والقلق (انظر جدول ١).

جدول (١)

الملامح السيكولوجية الفارقة بين القلق والخوف

وجه المقارنة	القلق	الخوف
الموضوع	غير معروف	معروف
التهديد	داخلى	خارجى
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غائب
الدوام	مزمن	حاد

ويضيف المؤلف نفسه[٢٤] أن الانفعال الذى تسببه عربة مسرعة تقترب منك لدى عبورك الطريق، يختلف عن الضيق المبهم الذى يمكن أن تخبره عند مقابلتك أناسا لم ترهم من قبل فى جلسة غريبة، ان الفرق السيكولوجى الأساسى بين هاتين الاستجابتين الانفعاليتين يعتمد على كون إحداها حادة

والأخرى مزمنة. ويذكر «دارون» C. Darwin أن كلمة «خوف» مستمدة مما هو مفاجىء وخطر.

ومن الجلى أن اختلاف الآراء هذا فى علاقة القلق والخوف يرجع إلى اختلاف نظرى فى المقام الأول. ومن ثم نعرض نبذة موجزة عن نظريات القلق.

٧ - القلق من وجهة نظرية

وضع «سبيلبرجر»[٢٥] أن النظرية الشاملة عن القلق تتطلب توضيح العلاقة بين ثلاثة مفاهيم مختلفة للقلق هى :

١ - القلق بوصفه حالة انتقالية.

٢ - القلق من حيث هو عملية مركبة تتضمن المواقف العصيبة والتهديد.

٣ - القلق بوصفه سمة فى الشخصية.

وتمثل المشاعر الذاتية من التوتر والخشية أكثر الملامح المميزة والفريدة للقلق بوصفة حالة انفعالية. وقد أثبتت مقاييس نشاط الجهاز العصبى اللاارادى (المستقل) أيضا أنها مؤشرات مفيدة للتغيرات الفيزيولوجية التى تحدث فى حالات القلق.

وقد عرض «وليم فيشر»[٢٦] نظريات القلق تفصيلا، وأهمها : النظريات الفرويدية التقليدية والجديدة، ونظريات التعلم، والنظريات الفيزيولوجية، والوجودية.

ويلخص «كيسين وماندلر»[٢٧] آراء بعض المنظرين بطريقة موجزة، فيذكران أن مايثير القلق لدى «فرويد» هو التنبه الزائد (تذكر النظرية المبكرة

لفرويد أن القلق ينتج عن إعاقة الدفعات الجنسية ولكنه عدلها ووسعها)٠ ومثير القلق لدى «موورر» Mowrer هو الألم، على حين أنه استجابة الخوف الفطرية عند «ميللر» Miller، وصدمة الميلاد عند «رانك» Rank، وهو لدى «سيلي» H.Selye المواقف العصبية، وبالنسبة للوجوديين فإنها الحقيقة المجردة لكون الفرد آدميا يعيش. ويدلل المؤلفان على أن وجهة النظر إلى القلق من حيث إنه «هروب من الصدمة» هي نظرية غير كاملة، كما أن مفهوم «الألم بوصفه مصدرا وحيدا للقلق» يعد فكرة لا تصمد للهجوم، فالألم ليس حالة ضرورية لنشأة القلق ونموه.

وتأتي أقوى الأدلة ضد نظرية «الألم - القلق» أو الخوف الذى يصاحب الألم أو التهديد بالألم كأساس للقلق - كما يذكر «ماهر» - من حالات «فقدان الاحساس بالألم لأسباب ولادية» Congenital analgesia، وهو اضطراب يسبب عدم حساسية تامة للألم منذ الميلاد. وهذه الحالة (وهي ذات أصل وراثي واضح) يمكن أن تؤدي إلى حروق وإصابات، لأن الضحية هنا لم يتعود تجنب المنبهات التي تعد مؤلمة بالنسبة للشخص السوي.

ولكن «كيـين» و «ماندلر»[٢٨] أشارا إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يطورون - مع ذلك - أنواعا من القلق، ويقولان: إنه من الصعب أن ندافع عن فكرة أن كل أنواع القلق تحدث نتيجة صدمة مؤلمة. وقد اقترح المؤلفان مصطلح «الضيق الأساسي» Fundamental distress في إطار نظريتهما عن أصل القلق، وهي نظرية أشمل من نظرية الألم - القلق، وتدور في إطار الإشراط.

وقد وضع «روبرت مالمو»[٢٩] نظرية عن القلق بوصفه تنبها زائدا Overarousal على أساس من هذا الفرض : إن القلق الاكلينيكى (المرضى) يعد مرضا خاصا بزيادة التنبه أو الاثارة، فان التعرض الزائد الذى يستمر

X

زمنا طويلا للتنبيه المنشط، يمكن أن يؤدى إلى تغيرات جوهرية فى قدرة الشخص على كف التنشيط. ونلاحظ أن الكف يشير إلى عملية فعالة وليس إلى مجرد عدم وجود التنشيط.

إن الارتفاع البسيط فى مستوى التنشيط Activation level يتلوه عادة كف مستوى التنشيط، مع عودة الى حالة السكون. ويفترض " مالمو " أن التنشيط المستمر والممتد يؤدى الى استخدام زائد للآليات (الميكانيزمات) الكفية حتى تضعف فى النهاية. ويفترض أن الكف يحدث بوساطة مادة كيميائية ناقلة تفقد فعاليتها فى القلق المستمر. ويجب أن نتوقع - من هذا النموذج - أن مقاييس التنشيط لن تميز بين المفحوصين القلقين وغير القلقين عندما تكون كلتا المجموعتين فى حالة الراحة والسكون، ولكن حدوث منبهات منشطة يجب أن تحدث فروقا بينهما.

ولاحظ «مالمو» كذلك أن المفحوصين الذين يعانون من القلق المرضى يستجيبون بطريقة «قلقة» لأى منبه منشط، سواء أتشابه أم لم يتشابه مع تلك المنبهات التى سببت القلق لديه فى المقام الأول[٣٠]. ويؤكد " كاميرون " النقطة الأخيرة فى نظرية «مالمو».

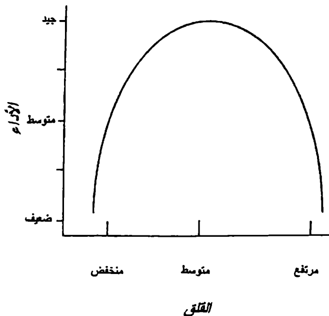
وثمة ملاحظة شائقة مرتبطة بفروض «مالمو» السابقة، مؤداها أن أى تغير جوهرى فى العملية الكفية بعد تنبه دائم، يسمح بحدوث التنشيط فى مستويات من التنبيه أقل بكثير مما ينشط مفحوصا سويا، ومن هنا فان القلق الاكلينيكي أو المرضي (الباثولوجي) يمكن أن يتميز بعتبة[٣١] تنشيط منخفضة، وعودة بطيئة جدا إلى حالة السكون.

وبعد أن عرضنا بشكل موجز جدا لبعض نظريات القلق، نعرض للعلاقة بين القلق والأداء والتفاعل بينهما. وقد يعد هذا التناول هنا - من ناحية ثانية - انعكاسا لموقف نظرى إلى القلق وتعريفه.

٨ - العلاقة بين القلق والأداء

يشير «كاتل»[٣٢] إلى الاختلاف بين أصحاب نظرية التعلم الذين يعدون القلق المصدر الأساسي للدافعية البشرية، والاكلينيكيين الذين يعدون القلق - على النقيض من ذلك - هو ما يفكك تلك الدافعية. ويقول «برانش»[٣٣]: ان الدرجات المعتدلة من القلق يمكن أن تعد قوة بنائية تفيد في زيادة اليقظة والجهد. ولكن «بورنج» وزملاءه»[٣٤] يوضحون أثر القلق على الوظائف العقلية في أن «القلق يخفف من حدة الاستجابة واكتمالها أو يجعل الفرد يوجه انتباهه إلى جزء فقط مما حوله، أو كما لو كان قد تعب أو أصبحت طاقته غير كافية لمتطلبات الموقف».

ولكن يبدو أن التناقض الظاهرى بين هذه النتائج راجع إلى عدم التفرقة بين القلق السوى والعصابى. ويوضح هذه التفرقة «جرنكر»[٣٥] نتيجة لملاحظات تمت فى الحرب العالمية الثانية فيقول: «إن القلق ينتج نشاطا فعالا وينبه أداء جيدا إذا كان معتدلا. ولكن الدرجة المرتفعة من القلق تنتج اضطرابا في الأداء». وقد يوضح ذلك ما ظهر من علاقة منحنية Curvilinear بين القدرات الإبداعية والسمات المزاجية للشخصية[٣٦]. ومن ناحية أعم يمكن فهم علاقة القلق بالأداء على ضوء قانون «يركز دودسون» (انظر شكل ١). فالدرجة المنخفضة والدرجة المرتفعة من القلق ترتبطان بالأداء السيء. والقلق المثالي هنا هو القلق المتوسط[٣٧].



شكل (1) : العلاقة المنحنية بين القلق والأداء

وتبين أن القلق - عندما يقاس عند طلبة الجامعة فى مواجهة امتحان مهم - يصل إلى أعلى درجة له قبل الامتحان، ولكن مستوى القلق ينخفض فى وقت الامتحان نفسه، على حين يبرز عامل الاجهاد (٣٨)، وقد افترض «ساراسون، ماندلر» علاقة منحنية بين القلق والتحصيل المدرسي. ولكن حدوث الإشراط بسرعة أكبر في حالات القلق لا يتعارض مع فكرة الأثر العكسي للقلق على التحصيل، لأن التعلم المدرسي ليس ببساطة مجرد إشراط. ولا بد أن ننظر إلى القلق على أنه ذو تأثير تفكيكي على العمليات المعرفية أكثر من كونه إسهاما وتسهيلا للتعلم[٣٩].

وربما يصدق فى ظروف معينة وغير عامة، أن ننظر إلى القلق فى علاقته بالأداء فى اطار «بعد التنشيط» الذى وضحه «مالمو» على أنه علاقة على شكل ارتباط منحنى أو حرف U مقلوب، بمعنى أن القلق حتى حد معين يمكن أن يعد دافعا للأداء الجيد، وبعد هذا «الحد المعين» يُعَد القلق مشتتا للأداء. ولكن ما يسمى «بالقلق كدافع» لابد أن يوجد فى مستوى غير مَرَضى، أى أنه قلق سوى وليس قلقا عصابيا، ويمكن أن يصدق ذلك فى حالات معينة، برغم أن أثر القلق على الأداء العقلى والتحصيل المدرسى أعقد من فرض الارتباط المنحنى هذا.

ويذكر «سبيلبرجر»[٤٠] أن الارتباط بين مقاييس القلق والذكاء مساو للصفر كما حسب على عينة ضخمة من الذكور والإناث، إلا أن عزل عينة الذكور وإجراء تحليل منفصل ومفصل لنتائجها، كشف عن ارتباط سالب منخفض بين هذين المتغيرين. ويمكن ملاحظة النتيجة ذاتها فى عينات غير متجانسة تقل عن المتوسط في القدرة العقلية. وقد تغيرت النتائج بإدخال متغيرات تجريبية أو خصائص معينة للعينات في خمس تجارب أجراها هذا المؤلف، مما يشير إلى أن العلاقة بين القلق والأداء علاقة مركبة وغير بسيطة.

وامتدادا لبحث العلاقة بين القلق والأداء، نعرض لبعض المتغيرات المرتبطة بالقلق وهى : الحضارة، الطبقة الاجتماعية، جنس المفحوص.

٩ - بعض المتغيرات المرتبطة بالقلق

أ - الفروق الحضارية فى مستوى القلق

أطلق «أودن» W.H.Auden على العصر الذى نعيش فيه الآن : «عصر القلق» The Age of Anxiety. ومن العسير فى الحقيقة أن نتأكد مما إذا كان ثمة قلق زائد الآن أكثر من عصور سالفة. لقد كانت الأخطار الحقيقية والمواقف العصيبة فعلا كثيرة فى العصور الماضية، ومنها المجاعات والأمراض والأوبئة والحروب والرق والكوارث الطبيعية، وكانت في كل مكان ولا تزال في عديد من الأماكن حتى اليوم. ولكنْ أوجد تعقد المدنية وسرعة التغير والابتعاد عن المعتقدات الدينية والروابط العائلية والقيم السامية، صراعات وأنواعا من القلق كانت اقل تواترا في المجتمعات الماضية ذات التنظيم الهرمي الصارم[11].

وقد أجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متعددة متقدمة ومتخلفة، فلوحظ ارتفاع القلق فى الدول ذات المستوى الاقتصادى المنخفض، ونبين هذه النتائج سوء الفهم الذى حدث بالنسبة لما يتصور أنه مصاحبات للحضارة، نتيجة الخلط بين عامل القلق وعامل المشقة أو الانعصاب Stress. فإن الحياة الحديثة - كما فى أمريكا مثلا - يمكن أن تثير عامل الانعصاب، ولكنها لاتنتج بالضرورة ما يشاع أنه " عصر القلق " (ومن سوء الحظ فإنه ليس لدينا قياس لمستوى القلق فى العصور الوسطى)[12].

ولوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر، فتقل درجته في

أمريكا ثم ترتفع درجته على الترتيب في كل من انجلترا، اليابان، إيطاليا، فرنسا، الهند[٤٣]. كما يرتفع القلق في مصر بالنسبة إلى كل من السعودية والكويت، وذلك كما دلت بحوث عربية عديدة[٤٤].

ب - القلق والطبقة الاجتماعية

هناك فروق في درجة القلق تبعا «للمستوى الاجتماعي والاقتصادي المهني»، فيزداد القلق بدرجة طفيفة مع انخفاض هذا المستوى[٤٥]. ولكن ظهر من دراسة أخرى اتفاق بين الباحثين على أن نسبة حدوث Incidence العصاب (والقلق أهم مكوناته) بين الأشخاص في الطبقات العليا أعلى منها لدى الطبقات الدنيا، وأن العلاقة العكسية صادقة في الذهان. وفي دراسة أحدث على مجتمعات أخرى اتضح أن انتشار Prevalence الأعراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى بالنسبة للأعلى. وحيث إن أرجاع القلق تُكوِّن نسبة مئوية مرتفعة من العصاب، وأن معظم الأعراض النفسية الفيزيولوجية تعد تعبيرات لأرجاع قلق، فإن جزءا كبيرا من المجتمع - ربما يصل إلى الربع - لديهم أرجاع قلق شديد حتى إنه يحتاج إلى مساعدة مهنية[٤٦].

ج - الفروق بين الجنسين في القلق

يذكر «ماير جروس» وزملاؤه[٤٧] أنه لا فروق جنسية في مستوى القلق، ولكن يحتمل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور. ومع ذلك فيبدو أن هذا التعميم غير صادق (انظر المنحنى في شكل ٢). كما يذكر «نيف»[٤٨] عكس ذلك إذ يقول: إن انتشار الاضطرابات السيكياترية ومن بينها أرجاع القلق تختلف تبعا للجنس، فالنساء أكثر عرضة واستعداداً لأرجاع القلق من الرجال، ولكن مستوى ما يُحدثه القلق من تعجيز لديهن

يعد أعلى قليلا بالنسبة للرجال. فإن أنواع القلق المرتبطة بالطمث Menstruation والحمل وسن اليأس Menopause شائعة لديهن بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المجتمع الحديث قد ولّد صراع الأدوار بالنسبة للمرأة.

والمتغيرات التى ترتبط بالقلق وتتفاعل معه كثيرة، ولقد عرضنا نموذجا لبعضها فقط. ونتنقل فيما يلى الى بيان المعدلات التى ينتشر بها القلق لدى الجمهور.

١٠ - معدلات انتشار القلق

أورد «شيهان» أن القلق يصيب نحو ٥٪ من السكان، وذلك اعتمادا على كل من مراجعة المصادر المتاحة واستقصاء بالحاسب الآلى Computer Search تم فى مارس ١٩٩٠ وهو يصيب ١٪ منهم تقريبا الى درجة العجز، وأغلب المصابين به (٨٠٪) من النساء، والغالبية منهنّ فى سنوات القدرة على الإنجاب[٤٩]. ويتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بين ٢٪ ، ٤,٧٪ في انجلترا والولايات المتحدة، على حين وصل المعدل في مسح فرامنجهام Framingham إلى رقم ٢١٪ [٥٠].

وفى مصر دُرس مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عن طريق فحص المتقدمين لمركز الصحة النفسية بجامعة عين شمس من طلاب الجامعة وذلك خلال تسعة أشهر، فوصل عدد المتقدمين للعيادة الى ١٠٥٠ منهم ٨٤٦ طالبا يمثلون ٢,٨٪ من مجموع الطلبة، ٢٠٤ طالبات يمثلن ٠,٩٪ من مجموع الطالبات، ٣٦٪ منهم كانوا يعانون من حالات قلق[٥١].

وكثيرا مايعانى مريض القلق من عدد كبير من الاضطرابات العضوية، ويرتبط ذلك بحاجته الملحة الى الرعاية الطبية. وتختلف معدلات انتشار

الاضطرابات السيكياترية المنتشرة فى الممارسة الطبية اختلافا كبيرا، وذلك اعتمادا على المحكات التشخيصية المستخدمة. فقد ظهر أن اضطراب القلق يمثل ١٤٪ من المرضى فى عيادات أمراض القلب، ٤١٪ من المرضى فى عيادات الجراحة، ١٧٪ من المرضى الراشدين فى عيادات العناية الأولية Primary care. وفى بعض الأحيان قد يرجع الفشل فى التعرف إلى الاضطرابات النفسية وبالأخص فى معظم حالات القلق - فى الممارسة الطبية - إلى أسباب عدة، لعل أهمها أن الأمراض العضوية كثيرا ما تكون هى الملامح السائدة فى حالات القلق. ومما يعقد المسألة أكثر، أن مرضى القلق يدركون أنفسهم عادة على أن لديهم مرضا عضويا طبيا. هذا فضلا عن أن عددا كبيرا من مرضى القلق يبرهنون - عند الفحص الدقيق - على أن لديهم اضطرابا طبيا معينا يفسر الأعراض التي يشكون منا[٥٢].

ومن ناحية أخرى أجرى " كاستل، بينر، آرثر، ديلنج " دراسة عن انتشار القلق وبعض الاضطرابات السيكياترية لدى عينة من الأطفال، بلغ قوامها ٣٥٨ طفلا، وتراوحت أعمارهم بين ٣ و ١٤ سنة، وقد تم تصنيفهم كما يلى : ٥٪ لديهم اضطرابات سيكياترية، ١٣٪ يعانون من القلق وبعض الأعراض الخاصة، ٢٪ يتلقون العلاج[٥٣].

وقد توصل "ويلدنـج"[٥٤] إلى نتيجة مشابهة تشير إلى انتشار القلق والحساسية والانسحاب الاجتماعى على عينة أخرى من الأطفال الذكور (ن = ٧٠٢)، والإناث (ن = ٦٧٠). فى حين توصل "شيكيت" إلى انتشار كل من القلق والاكتئاب (٧٪)، هذا فضلا عن نسبة أخرى من أفراد العينة كانوا يعانون من مشكلات عامة[٥٥].

وبعد أن قدمنا بعض جوانب القلق بوصفه اضطرابا نفسيا فى الفصل الأول، نعرض فى الفصل الثانى لجوانب محددة فى تشخيص القلق وعلاجه.



الفصل الثانى

تشخيص القلق وعلاجه

تمهيد:

عرضنا فى الفصل الأول للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا له ارتباطاته بغيره من المتغيرات، ونظرياته، ومعدلات انتشاره. كما عالجنا بإيجاز بعض مشكلات التعريف والتحديد الفارق والتصنيف. ونواصل فى هذا الفصل بحث تشخيص القلق وعلاجه : اساسه الفيزيولوجى، ومظاهره الإكلينيكية، وقياسه، وتشخيصه، وعلاجه بطريقة محددة هى العلاج السلوكى. ونبدأ بتحديد أساسه الفيزيولوجى.

١- الأساس الفيزيولوجى للقلق العصابى

من بين معانى القلق أنه انفعال أو حالة وجدانية، وهو ككل انفعال يوجد فى مستويات ثلاثة تترتب تصاعديا كما يلى :

١ - مستوى عصبى غُدى Neuro - endocrine .

٢ - مستوى حركى حَشوى Motor - visceral .

٣ - مستوى الوعى الشعورى Conscious awareness .

إن التغيرات الجسمية المصاحبة لانفعالات القلق والخوف والغضب هى استجابات فيزيولوجية تعد الكائن العضوى لعمل طارىء: القتال أو الهرب Fight or Flight . والخوف مثير للهرب، والغضب مثير للحرب، والقلق مناظر

للخوف إلى حد كبير. ولكن الأعراض فى الانفعالات الثلاثة غير تامة التشابه، كذلك من الخطأ أن نجمع بين ردود الفعل الفيزيولوجية لكل من الخوف والغضب، فقد أثبت «ألبرت أكس» [٥٦] فى تجربة معملية مضبوطة وجود فرق بين ردود الأفعال بالنسبة للخوف والغضب. ومن ناحية أخرى فقد كان رأى الفيزيولوجى الرائد «والتربرادفورد كانون» W. B. Cannon أن الفرع السمبثاوى هو المتضمن فقط فى الانفعالات، ولكن وجد لاحقا له أن الفرع الباراسمبثاوى متضمن كذلك.

أما الأساس الفيزيولوجى للقلق فهو كما يذكر «مايرجروس وزملاؤه» [٥٧] - الزيادة الشاملة للنشاط العصبى الكلى وبخاصة الجهاز العصبى اللاإرادى أو المستقل بفرعيه، فبالنسبة للفرع السمبثاوى يحدث بوجه عام ارتفاع فى تركيز الأدرينالين فى الدم، مما يسبب تحرك احتياطى السكر من الكبد، مع ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينين أحيانا، ويصبح الجلد شاحبا معروقا، مع جفاف فى الحلق، وتزداد مرات التنفس ويصبح عميقا، وتفقد العضلات قوتها أو تختلج وترتعش. أما الظواهر الباراسمبثاوية المصاحبة فقد تبدو فى تكرر الرغبة فى تفريغ المثانة (وبخاصة فى النوبات الحادة، ولكن ذلك أقل شيوعا فى الحالات المزمنة)، مع الإسهال وانتصاب الشعر. ولكن إذا استمرت الحالة الانفعالية فربما تزداد قوة العضلات يصاحبها شعور بالتوتر وعدم الراحة وتكرر حركات التهيج والضجر بشكل نمطى، وتتأثر الوظائف الهضمية والشهية والنوم غالبا، فيترتب على ذلك تدهور بدنى.

ومن بين التغيرات الجسمية كذلك تحول الدم من المعدة والأمعاء إلى القلب والجهاز العصبى المركزى والعضلات، وتوقف العمليات فى القناة الهضمية، والإسراع فى عمليات تحول الجلوكوز إلى الدكستروز، وتزداد نسبة السكر فى الدم، وينقبض الطحال ويُفرغ مخزونه من كرات الدم الحمراء.

ويرى «هانزسيل» أن مفتاح العملية كلها يمكن أن يكون فى منطقة المهاد أو السرير التحتانى Hypothalamus، والمعروف بأنه يوافق بين العضلات والوظائف الحشوية وبخاصة تلك التى لها أهمية فى الدفاع ضد مواقف الخطر، وتقوم المنطقة الشمية Rhinencephalon أيضا بدور مهم فى التكامل بين النشاط الانفعالى والحشوى. وقد تكون هاتان المنطقتان مسئولتين عن المظاهر البدنية للقلق[٥٨].

ويعتقد باحثون آخرون أن القلق راجع إلى «حساسية مفرطة» فى الجهاز العصبى اللاإرادى أو خلل فى وظيفة ذلك الجهاز، مع السيطرة الوظيفية للجهاز اللمبى Lymbic system. أما «روبرت مالمو» [٥٩] فيذكر أن «القلق يصاحبه زيادة شاذة فى القابلية للاستثارة فى كل من الجهازين اللاإرادى (الأتونومى) والعصبى المركزى»، يقول كذلك : «إن القلق، بوصفه عرضا مشتركا فى العصاب، له خصائص الاستجابة كما وضحها «كانون»، فإن المظهر المميز لمريض القلق هو أنه يستجيب لمواقف الحياة اليومية العادية كما لو كانت طوارئ، أو مواطن خطورة». ويبين كذلك[٦٠] ان الأدلة التجريبية تشير إلى «وجود نقص فى الآليات (الميكانيزمات) التى تهدف إلى الاحتفاظ بالتوازن فى حالات القلق المرضى».

ويفسر «مالمو» ذلك بافتراض ان «خبرة القلق تُنتج عن ضعف وظيفة الكف فى الجهاز الشبكى المنشط، وهذا الضعف يسمح بتسهيل تفريغ عديد من النبضات فى اللحاء، مما يؤدى الى مستوى تنبه فوق العادى. ومن الممكن أن تتغير الوظيفة الكلية للجهاز الشبكى المنشط إذا ظل مستوى التنبه مرتفعا بدرجة ثابتة لفترة طويلة من الزمن»[٦١].

ويؤكد كل ذلك وجود عامل وراثى فى القلق، فيؤكد «مالمو» وجود هذا العامل، ويرى «مايرجروس» وزملاؤه وجود الوراثة من حيث هى عامل

قوى[٦٢]. ويورد «لدر. ونح» دراسات عدة، ويستنتجان منها ان «الوراثة لها دور لاشك فيه فى حدوث حالات القلق» [٦٣]. وأسفر عدد من الدراسات عن أن القلق موروث على الأقل بمقدار النصف تقريبا. وننتقل فيما يلى إلى عرض أهم مظاهر القلق.

٢ ـ المظاهر الإكلينيكية للقلق العصابى

للقلق العصابى مظاهر وأعراض شتى تلحق الجانبين النفسى والجسمى، نفصلهما فيما يلى ·

أ ـ الأعراض النفسية

من هذه الأعراض سرعة الاهتياج كما تبدو فى سرعة الانزعاج أو الميل إلى القفز عند سماع الأصوات المفاجئة، أو الحساسية المفرطة للضوضاء، والنرفزة، وضعف القدرة على التركيز وشرود الذهن والهبوط بين آن وآخر.

هذا فضلا عن التردد الشاذ والتشكك، وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة على المريض، مع فقد الشهية للطعام، وأرق، وأحلام كابوس متواترة· ومن الطبيعى أن يؤدى به هذا القلق الموصول والتوتر الدائم وصعوبة النوم إلى شعور شديد بالتعب والإرهاق . . . إلى غير ذلك من الأعراض التى كانت تُدرج فيما كان يسمى «النيوراسثينيا»[٦٤] [٦٥].

ومن المظاهر النفسية كذلك خوف المريض من كل شىء : من المرض العقلى أو المرض العضوى أو الموت. ولدى كثير من المرضى لا يتركزالخوف بوضوح حول موضوع بالذات، ولكنه خوف غامض مجهول المصدر، ويتسبب الخوف فى شعور بالتوتر الداخلى، فيصف المريض نفسه بأنه يشعر بالتوتر، وأنه غير قادر على الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة، إلى جانب فقد الثقة بالنفس[٦٦].

بالإضافة إلى عدم القدرة على الاسترخاء والضجر وصعوبة التركيز، مع احتمال حدوث صعوبات فى التذكر والاسترجاع، وفقد الاهتمام، ونقص الاستمتاع بالهوايات المحببة[٦٧]، مع مشاعر مصاحبة بعدم الأمان وعدم الاستقرار، وشعور بالنقص وتجنب مواقف التنافس، والاكتئاب والمخاوف الشاذة، والسلوك العدوانى أحيانا.

كما يتسم مريض القلق بالتردد وعدم الحسم، والاستغراق فى أحلام اليقظة، والاغراق فى التمنى الكاذب، مما يجنح به الى الضعف والوهن والخنوع. وليس ذلك بالأمر السوي أو المقبول.

القلق وروح الدعابة

من بين الأعراض النفسية لمريض القلق أيضا نقص روح الدعابة Sense of Humor وعدم تقدير النكات، على الرغم من أن ذلك جانب مهم فى الحياة يسرها ولا يدع الفرد يكابدها.

ب الأعراض الجسمية

تتشابه الأعراض الجسمية للقلق مع متلازمة الأدرينالين Adrenalin syndrome، وينبه الخوف المستمر كذلك إفراز الدرقية للثايروكسين Thyroxin. وتتضح المظاهر الجسمية للقلق[٦٨] فى واحد أو آخر من الأجهزة الستة التالية :

١ ـ الجهاز الحركى

تشيع أعراض الصداع وآلام الرقبة والظهر، مع سهولة حدوث التعب، والضعف والتوتر فى أية مجموعة من العضلات الهيكلية، ويمكن أن

تحدث الرعشة والألم عند القيام بحركة، وربما يبرز عدم الاستقرار والرعونة فى الإتيان بالحركات الدقيقة، وعدم الثبات، ويمكن أن يظهر الصوت المرتجف المتقطع.

٢ ـ الجهاز الهضمى

توجد أعراض فقد الشهية، وعسر الهضم والغثيان، والقيء، والشعور بالانتفاخ، وكذلك انتفاخ البطن بالغازات، ومذاق مرير للفم، والإمساك أو الاسهال أو اضطراب المعدة، مع غصة فى الحلق وصعوبة فى البلع، وجفاف فى الحلق، وحدوث آلام قبل الوجبات أو بعدها. وقد يصاب مريض القلق بواحد أو آخر من هذه الأعراض، وحده أو فى علاقات متبادلة بعضها مع بعض. ومن المحتمل أن يؤدى خلل الوظائف المِعَدية إلى قرحة فى المعدة.

٣ ـ الجهاز التنفسى

قد يكون من بين الأعراض فى هذا الجهاز قصر التنفس وانقباض الصدر مما يسبب الضيق.

٤ ـ الجهاز القلبى الوعائى

قد توجد آلام فى الصدر تماثل نوبة الذبحة، أو ألم فى الصدر يمكن أن يصاحبه الخفقان والإحساس بالاختلاج، أو الاحساس بأن شيئا يضغط على الصدر، أو الإحساس بسخونة الوجه واحمراره، وكذلك ارتفاع ضغط الدم.

٥ ـ الجهاز التناسلى البولى

مثل تكرار التبول وإلحاحه، وقد يكون ذلك مزعجا. وأحيانا تتناقص الاهتمامات الجنسية، وقد تحدث عُنَّةٌ لدى الرجال، وعدم انتظام الطمث أو

البرودة عند النساء، مع احتمال حدوث خلل فى هذه الوظائف.

٦ - الجهاز العصبي المركزي

تحدث أعراض مثل : الأرق ونقص التركيز، والتهيج، والكوابيس، والنسيان، وفرط الحساسية للعمليات الجسمية العادية (كالنبض ودقات القلب)، وكلها يمكن أن تكون شكاوى خطيرة. بالإضافة الى شحوب وزغللة ودوار شديد وإكزيما وأرتكاريا ونقص فى الوزن، مع مبالغة فى المنعكس العضلى التوترى، وزيادة فى إفراز عرق اليدين والقدمين.

والسؤال المهم الآن: هل تجتمع كل هذه الأعراض جميعا لدى المريض الواحد ؟

نوعية الأعراض

لا توجد كل هذه الأعراض لدى كل مريض بطبيعة الحال، بل تتركز شكاوى المريض حول جهاز أو عضو معين، لذلك يسمى «بالعصاب الذى يتركز حول عضو معين» Organ neurosis. وقد تؤثر فى ذلك عوامل جِبِلِّيَّة مهد ؛ كأن يولد المريض بجهاز أو عضو ضعيف (فقد وجد أن الصداع نفسى المنشأ أو عسر الهضم يتشر فى عائلات معينة)، أو قد يرجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة مرض أو إصابة فى جهاز معين، وقد يؤثر نوع العمل (إذ يصاب أصحاب الأعمال العقلية بالصداع، على حين يصاب العمال اليدويون بالرعشة)، كما تؤثر العوامل السيكولوجية[٦٩]. ويفسر ذلك على ضوء مبدأ «نوعية الاستجابة» أو «نوعية الأعراض» Symptom Specificity[٧٠].

وحتى تتضح كيفية قياس مثل هذه الأعراض من ناحية عملية نعرض فيما يلى لأحد طرق قياس القلق التى تستخدم أعراض القلق أساسا لبنودها.

٣ - قياس القلق

يقاس القلق العصابي بطرق عدة منها الاستخبارات Questionnaires والقوائم Inventories وهي مجموعة من العبارات أو الأسئلة التي يشتمل كل منها غالبا على مؤشر أو عرض للقلق، ويجيب عنها الشخص بنفسه غالبا بوضع دائرة حول أحد البديلين : نعم /لا، أو البدائل الثلاثة : نعم ، أحيانا/لا، أو البدائل الخمسة: لا / أحيانا / متوسط / كثيرا /كثيرا جدا[٧١]. ويتاح الآن عديد من استخبارات القلق كمقياس «تايلور» للقلق الصريح TMAS، وقائمة القلق (الحالة والسمة) STAI من وضع «سبيلبيرجر» وزملائه، ومقياس «كاتل» للقلق الصادر عن معهد قياس الشخصية والقدرات IPAT[٧٢]. هذا فضلا عن عدد غير قليل من القوائم أو الاستخبارات التي تقيس أنواعا خاصة من القلق، كقلق الامتحان والموت والجنس والتواصل وغيرها. وقد جمع أحد الباحثين ما يربو على ١٥٠ مقياسا للقلق من نوع الاستخبارات.

كما يقاس القلق العصابي أيضا بعديد من الطرق الفيزيولوجية المتصلة ببعض وظائف أعضاء الجسم، فضلا عن قوائم الصفات ومقاييس التقدير، والتي يتطلب كل منها مسحا مستقلا .

وحتى يخرج القارئ بفكرة أوضح عن استخبارات القلق، نورد في جدول (٢) نص مقياس جامعة الكويت للقلق.

مقياس جامعة الكويت للقلق

وضع كاتب هذه السطور بنود هذا المقياس اعتماداً على المصادر الآتية:

جدول ٢١ مقياس جامعة الكويت للقلق

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص ، اقرأ كل عبارة ، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام ، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي : نادرا ، أحيانا ، كثيرا ، دائما .

ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، وليست هناك عبارات خادعة. أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا في المعنى الدقيق لكل عبارة . ولا تترك أي عبارة دون إجابة .

١	أعصابي مشدودة	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٢	أشعر بالخوف	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٣	أعاني من ضيق في التنفس ...	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٤	أفكر في أمور مزعجة	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٥	قلبي يدق بسرعة.	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٦	أصاب بدوخة أو دوار......	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٧	أتوقع أن تحدث أشياء سيئة...... .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٨	أنا شخص عصبي..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-٩	دقات قلبي غير منتظمة............	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-١٠	أتحرك بعصبية.........	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-١١	أخاف أن أفقد السيطرة على نفسي ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-١٢	أنا متوتر.........	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-١٣	أشعر بالقلق.. ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٤	أنا غير مرتاح. .	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
-١٥	المستقبل يقلقني. ..	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٦	أشعر بأنني متقلب(غير ثابت)	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٧	عضلاتي متوترة...	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٨	أنا متوتر	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
١٩	أشعر بالانزعاج.	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
٢٠	أنا متململ (غير مستقر)	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما

١ - مراجع علم النفس المرضى والطب النفسى المتعلقة بالقلق.

٢ - التصنيفات الطبية النفسية المرتبطة باضطرابات القلق.

٣ - الخبرة الخاصة لمؤلف المقياس.

واعتماداً على هذه المصادر وضع مؤلف المقياس ٤٧ عبارة موجزة ضمنها الطبعة الأولى من هذا الكتيب. ثم قدمت هذه البنود لسبعة من المحكمين المتخصصين (أعضاء هيئة تدريس فى قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الكويت) وطلب من كل منهم - منفرداً - أن يضع - تبعاً لمقياس تقدير متدرج - وزناً لكل بند تبعاً لمدى كفاءته فى قياس سمة القلق بوجه عام. ثم حسب متوسط تقديرات المحكمين، واستبعدت البنود التى حصلت على متوسط تقديرات منخفضة. بعد ذلك حسب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند، وحذفت البنود ذات الارتباطات المنخفضة بالدرجة الكلية، وأخيراً استقر المقياس على عشرين بنداً (عبارة موجزة) تمثل الصيغة النهائية للمقياس (انظر جدول ٢)، يجاب عنها على أساس مقياس رباعى: ١= نادراً، ٢= أحياناً، ٣ = كثيراً، ٤= دائماً. والدرجة الدنيا على المقياس = ٢٠ والعليا = ٨٠.

واستخرج من التحليل العاملى لبنود المقياس ثلاثة عوامل ذات تشبعات مرتفعة: معرفية وسلوكية وجسمية، مع ارتباطات متوسطة بين العوامل. وتراوحت ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين ٠,٢٧، و ٠,٧٤

وتراوحت معاملات ثبات المقياس بين ٠,٨٨، و ٠,٩٢ (كرونباخ: ألفا)، وبين ٠,٧٠، و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق)، وتشير إلى اتساق داخلى واستقرار

يتراوح بين جيد ومرتفع . أما الصدق المرتبط بالمحك فقد تراوح بين ٠,٧٠ ، و ٠,٨٨ (خمسة محكات)، فى حين وصلت تشبعات الدرجة الكلية للمقياس على عامل عام للقلق إلى ٠,٩٣ ، و ٠,٩٥ فى تحليلين عامليين، ويؤكد ذلك الصدق المرتبط بالمحك والصدق العاملى للمقياس. كما تمت البرهنة على الصدق التمييزى للمقياس كما طبق على عينات سوية ومرضى قلق، ووصل معامل الارتباط بين هذا المقياس والاكتئاب إلى ٠,٦٥ . وطبق المقياس على عينات كويتية كبيرة من طلاب الجامعة والمرحلة الثانوية من الجنسين، وحصل المراهقون الذكور على متوسط أعلى جوهرياً من طلبة الجامعة الذكور، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى من نظرائهن من الذكور. وتتاح للمقياس معايير كويتية، وصيغة إنجليزية متكافئة.

ويمد هذا المقياس الباحثين بأداة بحثية ذات خصائص جيدة، فضلاً عن إمكان استخدامه لتقدير الاستعداد لتطوير القلق بوجه عام لدى المراهقين والراشدين. وقد سمى هذا المقياس باسم جامعة الكويت، حيث دعمت إدارة الأبحاث بها - مشكورة - الدراسة الأساسية التى هدفت إلى تأليفه.



وإذا كان الأساس فى تشخيص القلق - في مجال علم النفس - هو المقاييس النفسية، فمن الأهمية أن نعرض لوجهة نظر علماء نفس الشخصية الذين يهتمون بدراستها بمنهج التحليل العاملى، وهو منهج إحصائى رياضى يبدأ بمعاملات الارتباط بين مجموعة من الاختبارات فى مجال محدد، ثم تلخص هذه المعاملات الكثيرة الى مكونات Components أو عوامل Factors ذات عدد أقل، فتفسر الظاهرة بأقل عدد من المفاهيم المختزلة التي تستوعبها.

٤ - التحديد العاملي للقلق بالاختبارات الموضوعية

القلق من وجهة نظر التحليل العاملي أحسن مثال لبعد الدستيميا إذ ترتفع فيه درجتا العصابية والانطواء. وفي مقابل ذلك يذكر «أيزنك، ريخمان»[٧٣] أن من لديهم درجة عصابية منخفضة+درجة انبساط مرتفعة = أعلى مقاومة للاضطرابات الدستيمية. ومن وجهة نظر عامة وكما يذكر «كوبلان»[٧٤] تبعا لدراسات كل من «شاير، بورتنوي» فإن «مريض القلق يتميز بأنه يميل إلى أن يكون منطويا حساسا شكاكا مثابرا، وذا مستوى طموح مرتفع بدرجة غير واقعية، ويشعر بمشاعر عميقة بالذنب إذا لم يستطع أن يضع المعيار الذي يحدده لنفسه موضع التنفيذ». ويتوافر الآن عدد لا بأس به من المقاييس الموضوعية ومعظمها فيزيولوجية تقيس القلق بوصفه حالة وسمة. ومعظم هذه المقاييس التي سنوردها نتيجة دراسات «كاتل و شاير»[٧٥].

فقد وجد هذان المؤلفان أن المتغيرات الفيزيولوجية المحدّدة لعامل القلق النقي بدرجة جوهرية إحصائيا هي : زيادة ضغط الدم الانقباضي، زيادة معدل ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، زيادة معدل الأيض القاعدي، زيادة إفراز حامض Phonyl hydracrylic في البول، نقص مقاومة الجلد للتيار الكهربي، زيادة حامض Hippuric في البول، زيادة إفراز 17-OH Ketosteroid نقص قلوية اللعاب، نقص الكولين إستيريز في الدم، زيادة الهستادين في البول، تناقص تركيز البولينا، نقص Glucuronidase في البول والدم وغيرهما.

أما المتغيرات غير الفيزيولوجية المحددة لعامل القلق تبعا لكاتل فقد تراوحت تشبعاتها بين ٠،٥٦ ، ٠،١٨ وكلها موجبة. ولكن التشبعات التي تقل عن ٠،٣ ، تعد محل سؤال، وننقد بها «كاتل». وعلى كل حال فالمتغيرات بالترتيب مبتدئة بأعلى التشبعات هي : القابلية الزائدة للانزعاج، الاستعداد

المرتفع للاعتراف بالأخطاء العامة، الميل الزائد لل الموافقة، بطء زمن الرجع، ضغط منخفض عند الكتابة، انخفاض القوة البدنية بوجه عام، ارتفاع نسبة الأحكام المشوهة، ارتفاع معدل الإشراط، انخفاض ثبات اليد، ارتفاع الانفعالية بالنسبة للنقد، ارتفاع نقد الذات، انخفاض سرعة الحكم الإدراكي.

أما عامل القلق كما يقاس خلال فترة من الزمن أو القلق بوصفه حالة متقلبة أكثر منها سمة فى الشخصية فيقاس بالاختبارات الموضوعية والاستخبارات. وبيان المتغيرات فى كل منهما كما يلى :

١ الاختبارات الموضوعية :

ارتفاع الكولين إستيريز، ارتفاع حامض الهيبوريك، الاستعداد الزائد للاعتراف بالأخطاء العامة، القابلية الزائدة للمضايقة، ارتفاع معدل التنفس، ارتفاع مستوى هرمون الإستيرويد، ارتفاع معدل ضربات القلب، زيادة ضغط الدم الانقباضي، انخفاض قلوية اللعاب، ارتفاع كمية اللعاب.

٢ ـ الاستخبارات :

انخفاض قوة الأنا، ضعف التحكم فى الإرادة، زيادة ضغط الدوافع (التوتر الإرجى)، ارتفاع التعرض للذنب، ارتفاع الاستقلال.

٣ ـ مقاييس أخرى :

يضيف «كاتل وشاير» أنهما لم يجدا أية زيادة في الوزن مع القلق، فان القلق الدائم يعني نقصا في الوزن. ووجدا ان طول العظام والعضلات ومحيطهما صغير في حالات القلق، ووجدا كذلك أن القلق يرفع أيض

البروتين، وأن تناقص وزن الجسم مع زيادة القلق والانعصاب، والارتباط الذي تأكد مع الحجم الضئيل للعضلات، كل ذلك يجب أن يوجه اهتمامنا إلى عمليات أيض الأحماض الأمينية[٧٦].

واختبار التهيج بالبارد Cold Pressor Test أحد الاختبارات الموضوعية للقلق، وذلك بأن يضع الشخص مقدم ذراعه عاريا في إناء مليء بثلج طافٍ. ومن الملاحظ أن الاستجابة فى كل الأحوال هى زيادة معدل النبض، ولكن هذه الزيادة أعظم لدى الأشخاص الأكثر قلقا[٧٧]. ومن أكثر الاستخبارات شيوعا مقياس القلق الصريح لتايلور TMAS الذى عزلته من استخبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واتضح من دراسات عديدة أنه مقياس جيد لعامل العصابية العام، ولو أنه غير نقى، فله بعض الإسقاط على محور الانطواء. كما يبدو أن هذا المقياس لا يقيس الاستهداف للقلق، ولكن وعيَ الشخص به وردَّ فعله تجاهه فى حالة وجوده[٧٨].

وبالنسبة للرسام الكهربى للمخ EEG فإن التردد الغالب لدى الأسوياء هو [١٠] دورات / ثانية، وفى حالات القلق (١١,٢) دورة / ثانية. وقد بين «ستراوس» أن نشاط ألفا (٨-١٢ دورة / ثانية) أقل شيوعا فى حالات القلق المزمن بالمقارنة إلى الأسوياء. وتميز هذه النتائج بدرجة جوهرية بين مرضى القلق والأسوياء[٧٩].

ونعرض فى الفقرة التالية للتشخيص الفارق للقلق من وجهة نظر الطب النفسى.

٥ ـ التشخيص السيكياترى الفارق للقلق

من الأهمية بمكان أن نفرق بين القلق وغيره من الاضطرابات، وذلك على الرغم من أن القلق عرض شائع فى معظم الاضطرابات النفسية، ولا

يرى نقيا إلا نادرا، ويصاحبه درجة من الاكتئاب[٨٠]. ويضيف «لادر، ونج»[٨١] أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة مع القلق، ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها، وقد يتغلب القلق، وقد يتغلب الاكتئاب. ولقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بينهما، وبقيت مشكلة غير محسومة على الرغم من أهمية التفرقة بينهما نظراً للفروق فى العلاج والمآل Prognosis (التنبؤ بسير المرض). وَيُجْبرُ القلق مريض الوسواس إذا لم يستطع أن يقوم بطقوسه وأفعاله القهرية. وقد يركز مريض القلق انتباهه على أحد الأعراض كخفقان القلب، ويكوّن اعتقادا بأنه مصاب بمرض عضوى خطير، فيبدو كحالة تقليدية لتوهم المرض، ومع ذلك فإنه يمكن بوضوح تشخيص القلق دون شكوك فى كل الحالات إلا قليلا.

وفى التجارب التى قام بها هذان المؤلفان[٨٢] فى مؤلفهما: «المقاييس الفيزيولوجية والعقاقير المسكنة والقلق المرضى»[٨٣]، يذكران عند اختيارهما لعينة مرضى القلق: أن وجود بعض أعراض الاكتئاب لم تجعلهما يستبعدان أى مريض إذا كانت حالة القلق هى المظهر الأساسى والغالب . . . ويضيفان أن العلاقة الوطيدة بين القلق والاكتئاب تجعل اختيار عينة من المرضى المصابين بالقلق دون أى اكتئاب أمرا مستحيلا[٨٤].

أما عن التطورات التى يمكن أن تحدث عن المرض أو مآله، فتأخذ الشكل الآتى: إذا استمر القلق فإن الاضطراب الفيزيولوجى المتسبب عنه يؤدى غالبا إلى توهم المرض والخوف من المرض البدنى. وإذا استمر التوتر أدى الى حالة من النيورستينيا : الإرهاق والتعب ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز. وقد يصاحب القلق الهستيريا فى الجيش، حيث «مركب : القلق -الهستيريا» أكثر شيوعا فى الحياة العسكرية عن المدنية[٨٥].

وقد يصاحب القلق أمراض عقلية مثل السواد الارتدادى Involutional

Melancholy، وقد يقلق مرضى الفصام المبكر بسبب هلاوسهم[٨٦]. وتؤكد الدراسات التجريبية جانبا من هذه الملاحظات، فمن دراستين لكاتل وزملائه اتضح أن معظم الذهانيين (مع احتمال استثناء الفصاميين في مراحلهم المبكرة) لا يفترقون في مستوى القلق عن الأسوياء. أما الأحداث الجانحون والسيكوباتيون فمستوى القلق لديهم أقل من العادى. أما من يتعاطون المشروبات الكحولية والمدمنون فمستوى القلق لديهم مرتفع جدا بالمقارنة إلى الأسوياء[٨٧]. ويصاحب القلق كذلك أمراض بدنية مثل حالة احتشاء (انسداد) عضلة القلب[٨٨]، وتصلب شرايين المخ، والشلل الاهتزازى وورم الغدة الكظرية[٨٩].

وبعد أن عرضنا لبعض الجوانب القياسية والتشخيصية للقلق نقدم نبذة عن أحد الطرق المهمة لعلاجه .

٦ العلاج السلوكى للقلق

تتعدد طرق علاج القلق العصابى، ويبرز من أهمها أسلوب العلاج الكيميائى[٩٠] (العقاقير المضادة للقلق Anxiolytic أو مطمئنات القلق) وأساليب العلاج السيكولوجية. والأسلوبان الأساسيان فى الطرق السيكولوجية هما التحليل النفسى Psychoanalysis والعلاج السلوكى Behaviour Therapy.

وقد وضع «فرويد» Freud أسس العلاج بالتحليل النفسى التقليدى ومارسه، مفترضا أن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية. وهو يعتقد أن كل شخص «يكبت»[٩١] أو يدفع من الشعور الخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات. وعندما تكبت هذه المواد تصبح لا شعورية، ومع ذلك فهى تؤثر فى السلوك الشخصى والاجتماعى للأفراد دون أن يكونوا على وعى بالسبب الحقيقى لأفعالهم وأقوالهم. ومن ثم يتلخص

الهدف من العلاج بالتحليل النفسى فى «جعل اللا شعورى شعوريا» ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبونة التى يُفترض أنها تحدد سلوك المريض، ويجعله المعالج على وعى بها، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة أكثر ملاءمة[٩٢]. ويعتمد التحليل النفسى على عدد من الطرق الفنية أهمها : التداعى الحر وتحليل الأحلام والتعامل مع المقاومة وتقديم التفسير وحسم عملية التحويل .

وتجدر الإشارة إلى أن التحليل النفسى بوصفه طريقة علاجية قد تلقى نقدا شديدا من جوانب عدة. ويلخص «أيزنك، ريجمان»[٩٣] الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى كما هو وارد فى جدول (٣) .

جدول (٣)
الفروق بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى

التحليل النفسى	العلاج السلوكى
١ ـ يعتمد على نظرية غير مترابطة لم توضع أبدا بطريقة جيدة على هيئة مسلمات.	١ ـ يعتمد على نظرية مشتقة متقنة التكوين وتؤدى إلى استنتاجات يمكن اختبارها.
٢ ـ مشتق من الملاحظات الإكلينيكية ويتم دون ا- حة إلى ملاحظات مصبوطة أو ـ.	٢ ـ مشتق من الدراسة التجريبية المصمم بوجه خاص لاختبار هذه النظرية الأساسية والاستنتاجات التابعة عنها.
٣ ـ يعتبر أن الأعـ ض الملاحظة نتاج لأسباب لا شعورية (عقد).	٣ ـ يعتبر أن الأعراض استجابات شرطية غير تكيفية .
٤ ـ ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على الكبت	٤ ـ ينظر إلى الأعراض على أنها دليل على تعلم خاطىء .

٥ . يعتقد أن الأعراض تحدد عن طريق الحيل الدفاعية.	٥ . يعتقد أن الأعراض تكون نتيجة للفروق الفردية في القابلية للإشراط والتقلب أو عدم الثبات الأتونومى بالإضافة إلى الظروف البيئية.
٦ . يجب أن تعتمد كل أنواع العلاج على أساس نظرة تاريخية.	٦ . يهتم كل علاج للاضطرابات العصابية بالعادات الموجودة في الحاضر دون اهتمام كبير بأساسها في الماضى.
٧ . يتحقق الشفاء عن طريق تناول الديناميات الكامنة (اللاشعورية) وليس بعلاج الأعراض نفسها.	٧ . يتحقق الشفاء بعلاج العرض نفسه أى بإطفاء الاستجابات الشرطية غير التكيفية وتكوين استجابات شرطية مرغوبة.
٨ . تفسير الأعراض والأحلام والأفعال وغيرها عنصر مهم في العلاج.	٨ . حتى إذا لم يكن التفسير ذاتيا وخاطئاً تماما فلا علاقة له بالعلاج.
٩ . يؤدى علاج الأعراض إلى ظهور أعراض جديدة.	٩ . يؤدى علاج الأعراض إلى شفاء دائم، بشرط إطفاء الاستجابات الشرطية الأتونومية والهيكلية.
١٠ . تعد علاقات التحويل أساسية في شفاء الاضطرابات العصابية.	١٠ العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض ليست أساسية لتحقيق شفاء الاضطرابات العصابية، إلا أنها قد تكون مفيدة في ظروف معينة.

ونخصص الجزء الباقى من هذه الفقرة لبيان أهم خصائص العلاج السلوكى.

معالم العلاج السلوكى

يعتمد العلاج السلوكى على نظرية التعلم الشرطى وعلم النفس التجريبى، والعلاج السلوكى هو تطبيق إجراءات الإشراط التقليدى ونظريات التعلم فى علاج المرض النفسى أو العصاب. والعصاب إما أنه استجابات غير تكيفية مكتسبة، أو فشل فى اكتساب استجابة تكيفية. ويقوم العلاج فى هذه الطريقة على أساس علاج الأعراض، فالعرض هو المرض، والسلوك المضطرب ليس عرضا لاضطراب كامن، ولكنه اضطراب فى حد ذاته. واعتمادا على ذلك تركز الطرق العلاجية السلوكية على السلوك الحالى، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض، وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح، وقابلة للقياس موضوعيا، وتتحكم فى خبرة المريض حتى يحدث عدم تعلم للعادات القديمة، ويتم تعلم عادات جديدة[٩٤]، مع التسليم بأن السلوك الشاذ يمكن تعلمه فى مرحلة الرشد مثله فى ذلك مثل مراحل النمو الأخرى.

ويُستخدم العلاج السلوكى أساسا مع الراشدين لعلاج الأعراض وأنواع محددة من السلوك كالقلق والمخاوف المرضية وأنواع الكف التى ترتبط بالاضطرابات العصابية، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وإدمان العقاقير والكحوليات، والتى تعد اضطرابات للطباع أو الخلق[٩٥]. والطرق الفنية المستخدمة عمليا متعددة، نجتزىء منها طريقة الكف المتبادل Reciprocal Inhibition من وضع «جوزيف وولبى» Wolpe.

العلاج السلوكى للقلق بالكف المتبادل

يعرف «وولبى» السلوك العصابى بأنه : «أية عادة أو سلوك غير تكيفى مكتسب عن طريق التعلم وله صفة الدوام، لدى كائن عضوى سوى من

الناحية الفيزيولوجية»[٩٦]. والقلق محور العصاب من وجهة نظره. وهو في أساسه استجابة صادرة عن الجهاز العصبي اللا إرادي (المستقل) وبخاصة الفرع السمبثاوي. ويوجد نوعان من الاستجابات المشتقة إلا أن جذورهما في هذا القلق ذاته، وهما: الاستجابات الهستيرية والوسواسية. وفي أحيان كثيرة يكتسب الفرد مجموعة عادات حركية معينة مرتبطة بالقلق وتعمل على تخفيف كاستجابات التجنب Avoidance أو إزاحة الانتباه Displacement of attention (الإشاحة) أو الوساوس المريحة أو المخفضة للقلق أو شرب الخمر.

أما من الناحية العلاجية فيخصص «وولبي» الجلسات الأولى (ومدتها ساعة ثم تخفض إلى ٤٥ دقيقة)، لأخذ تاريخ حياة المريض مع تركيز على الحاضر وليس الماضي وذلك للتعرف إلى:

١ ـ شكل استجابات القلق والاستجابات الثانوية المترتبة عليه.

٢ ـ معرفة المنبهات المثيرة لهذه الاستجابات والظروف التي تحدث فيها.

وبعد التعرف إلى النمط الخاص للمنبهات والاستجابات عند المريض، يكون الهدف هو إضعاف الرابطة الشرطية بينهما بواسطة الكف الشرطي، وذلك بتعزيز أو تقوية بعض الاستجابات المضادة بما يناسب حالة المريض وطبيعة منبهات القلق لديه. وعند هذه النقطة بالذات يستطيع المعالج السلوكي أن يقوم بالاستفادة من كل بحوث التعلم وقوانينه (ومنها مثلا وضع اعتبار لأثر الكف الرجعي في طول الجلسة، وعلاقة سرعة التعلم بدرجة الانطواء وغيرها). بل إن المعالج يجد نفسه أحيانا يقوم بعمليات تعلم وتدريب تدريجي.

ويذكر «وولبي» ثمانية أنواع من الاستجابات المضادة للقلق أهمها ثلاثة هي:

١ ـ الاستجابات التوكيدية للذات.

العميق، تكوين مدرج القلق، تنفيذ عملية التسكين، ونفصلها فيما يلي:

أ ـ التدريب على الاسترخاء:

يتعلم المريض الاسترخاء Relaxation في بضع جلسات، وتبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها، ويبدأ التدريب بمجموعات عضلية محددة (واحدة واحدة) حتى تشمل جسم المريض كله.

ويُعرِّف المعالج المريض بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة، ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات، وأن يحقق الاسترخاء الفارق (إرخاءالعضلات التي لا تكون في حالة استخدام أو نشاط)، مع التأكيد على اللجوء إلى الاسترخاء حينما يتعرض للقلق، ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره متوقفة على قدرته على أن يستبدل الاسترخاء بالقلق.

ب ـ تكوين مدرج القلق :

مدرج القلق Anxiety hierarchy قائمة من الأشياء والمواقف التي تثير القلق لدى المريض. ويتعاون المعالج مع المريض في تكوين هذه القائمة، ويتم ذلك عن طريقين: أولهما المواقف والأشياء والموضوعات التي يذكرها المريض بوصفها مثيرات للقلق، وثانيهما فحص إجابة المريض عن بعض استخبارات القلق مثل: «قائمة ويلوبى للميل العصابى»[99] أو قائمة مسح المخاوف[100]. ثم ترتب هذه المواقف تبعا لشدة إثارتها للقلق لدى المريض، بحيث تبدأ من أقلها إثارة للقلق وتنتهى بأعلاها.

ج تنفيذ التسكين:

يطلب من المريض أثناء الجلسة أن يتخيل بوضوح الموقف أو المنظر الأول في مدرج القلق (أقلها إثارة للاضطراب). ولا يكون مثل هذا الموقف

X

فى العادة مزلما أو مصايف. ويستمر المريض فى تخيل هذا المنظر بضع ثوان قبل أن ينتقل إلى الموقف التالى له. ويتم ذلك بعد مراجعة لتمرينات الاسترخاء فى أول الجلسة. وإذا كان الموقف المتخيل مثيرا للقلق (ويبين المريض ذلك برفع إصبعه السبابة) يطلب منه استدعاء تمرينات الاسترخاء على الفور. وحيث إن الفرد لا يمكن أن يكون قلقا ومسترخيا فى وقت واحد، فإن قدرة هذا المنبه على إثارة القلق تتناقص، وبتكرار هذه المحاولات يتناقص القلق، فينتقل المريض إلى المنبه التالى فى مستوى القلق (الأكثر إثارة للقلق). ويتكرر ذلك حتى يصل المريض إلى أعلى مستوى يثير القلق. تتلخص عملية التسكين إذن فى تطبيق مبدأ الكف المتبادل : تستبدل باستجابة شرطية (القلق) استجابة أخرى (الاسترخاء) حتى ينتهى قلق المريض[١٠١].

* * *

وبعد أن عرضنا للقلق بوصفه اضطرابا نفسيا فى الفصل الأول، ولطرق تشخيصه وقياسه وأحد أساليب علاجه فى الفصل الثانى، نقدم لتطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الثالث.

٢ - الاستجابات الجنسية.

٣ - استجابات الاسترخاء العضلي العميق.

وتوجد أنواع أخرى منها الاستجابات الحركية والتنفسية، وتتضمن الأخيرة استنشاق مخلوط يتكون من ٧٠٪ من ثانى أكسيد الكربون و ٣٠٪ من الاكسجين[٩٧]، وتحدث الطريقة الأخيرة إرخاء كاملا للعضلات وتؤدى إلى شفاء سريع وكثيرا ما يكون دائما للقلق الشامل •

ويعرف «وولبى»[٩٨] مبدأ الكف المتبادل الذى يعد أساس الإجراءات العلاجية كما يلى:

«إذا استطعنا أن نُحدث استجابة مضادة للقلق، فى حضور المنبهات المثيرة للقلق، فإنه يصحبها قمع كامل أو جزئى لاستجابات القلق، وتضعف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق».

ولتحقيق مبدأ الكف المتبادل عمليا فقد وضع «وولبى» طريقة التقليل المنظم للحساسية أو «التسكين المنظم» Systematic desensitization ونفصله فيما يلى:

التسكين المنظم:

يعتمد مفهوم التسكين المنظم على إجراء طبى معروف يتلخص فى إعطاء جرعات متزايدة من مادة مثيرة للحساسية Allergens للذين يعانون من حمى القش hay fever، وتسمى هذه العملية بالتسكين التدريجى. وينفذ «وولبى» التسكين المنظم (والذى يعتمد على مبدأ الكف المتبادل) فى الجلسة العلاجية اعتمادا على عناصر ثلاثة هى : التدريب على الاسترخاء العضلى

الفصل الثالث

تطور القلق

نعرض فى هذا الفصل بعض الجوانب النظرية فى تطور القلق، فنقدم لمفاهيم النمو والارتقاء والثبات والتغير والتنبؤ بالتطور ومطالب النمو، مع إيراد بعض الدراسات السابقة عن تطور القلق السوى والمرضى تبعا للعمر، وذلك تمهيدا للفصل التالى الذى سيعرض لبعض الدراسات العربية فى تطور القلق. ونقدم فيما يلى لمفهومى النمو والارتقاء أو التطور.

١ ـ مفهوما النمو والتطور

يلحق النمو Growth وكذلك الارتقاء أو التطور Developmentكلا من العمليات الفيزيولوجية والنفسية والبيئية، والتى تكون بطبيعتها مستمرة منظمة، وتتسبب فى تغيرات فى المكونات الفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والخلقية للكائن العضوى. ويشير النمو إلى التغيرات العضوية، ويتسم بأن له طبيعة كمية، على حين يشير التطور أو الارتقاء بوجه عام إلى التغيرات الوظيفية أو غير العضوية، ويتصف بطبيعة كيفية. ومن ثم فإن التطور أو الارتقاء مستمر مدى الحياة، ويغطى الوجود الإنسانى بأسره، على حين أن بعض جوانب النمو تصل إلى نقطة النضج، ثم لا يتحقق بعدها مزيد من التغير [١٠٢]. ومن ثم يمكن تعريف التطور أو الارتقاء بأنه سلسلة متتابعة من التغيرات الكيفية فى الشكل أو التنظيم أو أنماط السلوك لدى الكائن العضوى من المولد حتى الوفاة، كما أنه عملية مركبة من تكامل عديد من الأبنية والوظائف[١٠٣].

ويختلف التطور عن النمو فى أن الأخير تغير كمى، أو تزايد فى الحجم أو المقدار، على حين يتسم التطور بزيادة التركيب وتنظيم العمليات وبنائها.

ويتضمن كل من النمو والتطور تغيرات يمكن أن تكون إيجابية فى طبيعتها، ومع ذلك فيجب أن نلاحظ أن التغيرات يمكن أن تحدث أيضا فى اتجاه التدهور، فيبدأ الضمور ويظهر الهزال. ولذا فيتعين ألا نرادف بين النمو والتطور والتغير الإيجابى، فعندما نقول: تطور القلق أو ارتقاؤه مثلا، فإن ذلك يعنى فى المقام الأول تغير معدله سواء أكان ذلك هبوطا أم ارتفاعا. ونعرض فيما يلى لوجهتى الثبات والتغير فى مجال الشخصية بعامة والقلق بخاصة.

٢ ـ وجهتا الثبات والتغير

هناك وجهتان أساسيتان للنظر فى مجال تطور الشخصية (ومنها القلق): رأىٌ يرى أن لسمات الشخصية ثباتا مرتفعا من مرحلة عمرية إلى أخرى، أما الآخر فيعتقد أصحابه فى أن التغير هو الخاصية الأساسية التى توسم بها الشخصية. وغالبا ما تكون أوسط الآراء أصوبها، إذ نعتقد أن للشخصية ثباتا بدرجة معينة، فهذا الثبات نسبى وليس مطلقا.

فيرى أصحاب الرأى الأول ضرورة التعويل على ثبات الشخصية واستمرارها، وقد أكد على ذلك المحللون النفسيون بالنمو النفسى، على حين نجد أن غيرهم من الباحثين المهتمين بالنمو النفسى قد ركزوا على المواقف النوعية للسلوك، اعتمادا على أن سمات الشخصية تتميز بالثبات النسبى والاستقرار عبر الزمن فى حالة عدم تغير المواقف التى يتعرض لها الفرد، وهذا ما يؤكده علماء النفس الاجتماعي الذين يرون أن ثبات سمات الشخصية يتحدد فى ضوء توقعات الدور الذى يتغير عبر الزمن.

ومن ثم فقد تعددت دراسات تطور الشخصية وتنوعت مناهجها ما بين دراسات مستعرضة Cross - Sectional وأخرى تتبعية أو طولية Longitudinal. وتعزز البحوث الطولية المتوافرة، الفكرة العامة المتعلقة بالثبات أو الاستمرارية فى تطور سمات الشخصية كلما انتقلنا من مرحلة عمرية إلى أخرى. وتؤكد هذه البحوث أن سمات الشخصية تكون أكثر استقرارا بين المراهقة المبكرة والمتأخرة وبين بداية الرشد ومنتصف العمر وبخاصة فيما يتعلق بالسمات المعرفية والمزاجية للشخصية. وعلى ذلك فإن معيار الحكم على خصائص الشخصية خلال هاتين المرحلتين بما تتسمان به من استمرارية فى ارتقاء السمات، يمكن أن يزودنا بمعلومات نستطيع التنبوء منها بما ستكون عليه شخصية الفرد فى حياته المستقبلية. وهذا يعنى أن التقدم فى العمر لا يمثل اختلافا كيفيا بل كميا، إذ تتغير الدرجة على سمات الشخصية كلما تقدمنا نحو الشيخوخة نظراً لما يتسم به التقدم فى العمر من ضعف وتدهور[١٠٤].

ويرتبط بمسألة ثبات الشخصية وتغيرها سؤال مهم مؤداه: هل يمكننا التنبؤ بتطور الشخصية؟

٣ ـ التنبؤ بتطور الشخصية

الواقع أن تطور الشخصية عملية دينامية مستمرة تتناول مختلف جوانب الشخصية بوصفها وحدة نفسية جسمية متكاملة ومتفاعلة، ومن الجلى فى واقع الأمر أن بعض جوانب الشخصية تكون أسرع فى تطورها فى بعض المراحل العمرية من جوانب اخرى، خاصة وان الشخصية في تغير نسبي مستمر منذ بدء تكوينها، وذلك نتيجة للتفاعل المستمر بين إمكاناتها الموروثة وظروفها البيئية التى تعيش فيها متأثرة بها ومؤثرة فيها. فكل وقت يمر على الشخص أو حدث يتعرض له أو ظرف يحيط به يُحدث تغيرا قل أو كبر فى هذا الكل الدينامى المتكامل من أجهزته النفسجسمية. وكلما كان التغير الذى

يحدث في الشخصية نحو الأفضل وصفناه بأنه تطور في الشخصية أو احد جوانبها. أما إن كان نحو الأسوأ وصفناه بأنه تدهور في الشخصية أو في أحد جوانبها[١٠٥] على أن عديدا من المؤلفين يستخدمون مصطلح «تطور» بمعنى «تغير» بصرف النظر عما إذا كان إلى الأحسن أو إلى الأسوأ.

وقد دلت البحوث المتعلقة بالتنبؤ، على أن الشخصية الناضجة المتوافقة في الرشد إنما هي انعكاس لطفولة دافئة خالية نسبيا من الصراعات الأسرية. كما أنه على ضوء التوافق في مرحلة المراهقة يمكن التنبؤ بمدى التوافق في مرحلة الرشد. ويرى «إيركسون» Erikson أن الشخصية تتطور في سلسلة من المراحل السابقة وتتداخل معها. أما «كارل يونج» C.G Jung فيرى أن التخطيط للتغلب على مشكلات الحياة في النصف الثاني من العمر، (الذى يبدأ من الخامسة والثلاثين إلى الأربعين عاما) يختلف عن النصف الأول من العمر، حيث يرتكز انتباه الشخص السوى نحو ذاته ونزعاته الفريدة والمتميزة، بعد أن كان يعتمد على أسرته كلية[١٠٦].

ننتقل فيما يلي من سياق الشخصية بوجه عام إلى مجال القلق بوجه خاص (وهو أحد مكوناتها في بعض النظريات). وقبل أن نعرض لبعض الدراسات نوضح ما نقصده بمفهوم «تطور القلق».

٤ ـ المقصود بتطور القلق

ما الذى نقصده بتطور القلق؟ إن معنى هذا التعبير الاصطلاحى لا يرادف قولنا : مراحل التطور أو الارتقاء[١٠٧] التى يتخذها القلق، بل الأصوب أن نرادف بين تطور القلق ومستويات القلق عبر مختلف المراحل العمرية، فهى دراسة لتطور القلق عبر الأعمار، كأن نقارن بين مستوى القلق في كل من الطفولة والمراهقة والرشد مثلا. والافتراض الأساسى هنا ان المراحل المختلفة للنمو التى يمر بها الإنسان يمكن أن ترتبط بمستوى معين

من القلق، تتناسب مع كل من ظروف هذه المرحلة، ومطالب النمو أو التطور والضغوط التى تفرضها كل مرحلة على الإنسان عندما يمر بها . . . وغير ذلك كثير. والمثال البارز لذلك مطالب التطور التى تفرض على الانسان لدى انتقاله من الطفولة الى المراهقة، والتى يفترض أنها تؤثر فى مستوى القلق لديه.

ونود أيضا أن ننبه الى أن مصطلح «تطور القلق» ـ فى هذا السياق ـ لا يعنى أن القلق يتطور إلى غيره من الاضطرابات (الأشد والأعنف بطبيعة الحال كما يفترض)، كما لا يعنى المصطلح الأساسى ذاته أننا سنكرس اهتمامنا لفحص ما سيؤول إليه القلق فيما سيأتى من أيام، فذلك مبحث محدد فى علم النفس المرضى خاص ببحوث المآل Prognosis. وأخيرا وليس آخرا لا يُقصد بمصطلح «تطور القلق» أن القلق سيتطور بشكل مطلق من مرحلة إلى أخرى بما يعنى تزايد معدله أو نقصانه. وهذا أمر مستقل بطبيعة الحال عما يمكن أن نضعه من فروض عن فروق فى القلق بين مختلف مراحل العمر.

ويشيع في التراث السيكولوجي المعاصر ـ بشكل محدود ـ مصطلح «القلق التطورى» Developmenal Anxiety. ولم يُستخدم هذا المصطلح فى علم النفس بوجه عام ليشير إلى نوع معين من استجابة القلق، ولكن الأكثر شيوعا أن يستنتج الباحثون والاكلينيكيون وجـود القلق خلال الفترات العصبية من تطور الفرد (كالمراهقة مثلا)، أو أنهم قد فحصوا أرجاع قلق معينة تميز تطورات سلوكية معينة (مثل قلق الانفصال Separation Anxiety والقلق من الغرباء فى فترة الطفولة)[١٠٨].

ومن أهم هذه الفترات العصبية: المراهقة حيث يُخبر المراهق أقصى درجات القلق نتيجة التغير فى مظهره، وكذلك فى السن المتقدم، حيث يمكن أن

يشعر الرجل عند اقتراب سن التقاعد (٦٠ أو ٦٥ عاما على اختلاف بين الدول) بأقصى درجات القلق. يظهر القلق إذن في المراحل الانتقالية من العمر، حيث تتوقف أشكال قديمة للمواجهة والتصرف، وتُكتسب أشكال أخرى جديدة. ومن ثم فإن المراهق يترك جسد الطفل ويصبح لديه جسم له أبعاد شبيهه بنظيرتها لدى الراشد. أما الرجل فإن سن التقاعد مباشرة، سوف يودِّعُ النظام اليومي للوظيفة (الروتين). ويُفترض أيضا أن وقت فراغه سوف يتضاعف، مالم يطور ميولا واهتمامات جديدة وكل ذلك لا يحدث في يوم وليلة، ولذا فإن التكيف له يتطلب وقتا[١٠٩]

ونعرض فيما يلي لعلاقة مطالب التطور بالقلق.

٥ ـ مطالب التطور والقلق

للقلق ملامح أساسية ثلاثة: مشاعر ذاتية بالتوجس، وأرجاع فيزيولوجية تلحق بعض وظائف الجسم، وتشوش في العمليات المعرفية الراقية. وهذه الملامح الأساسية عناصر مشتركة تميز انفعال القلق بصرف النظر عن العمر. ولكن تتغير لدى الفرد نتيجة للتطور الجوانب الأربعة التالية:

١ . أساليب الاستجابة للقلق وطرق مواجهته فضلا عن ادراك التهديد.

٢ . تقييم الحوادث على أنها مهدِّدة.

٣ . طبيعة الحوادث الضاغطة المسببة للانعصاب أو المشقة Stressوالتي تعد مطالب للتطور Developmen tal Tasks أو علاقاته الأساسية.

٤ . التغيرات في الاستعداد البيولوجي للانعصاب أو الصراع[١١٠].

ومن أهم مراحل التطور التي تتضمن تغيراً في حياة الإنسان: المراهقة والتقدم في العمر كما أسلفنا ففي هاتين المرحلتين تتغير مطالب التطور،

دخل الفرد في نطاق جماعة اجتماعية جديدة تختلف كثيرا عن الجماعة التي ن ينتمي إليها فيما سبق. ويعني ذلك - من بين ما يعني - التخلي عن بعض أمان الذي كان الفرد يعيشه، ويحل محله مستقبل مجهول وغير مؤكد أو شكوك فيه.

وقد عالج عالم النفس السويسري الشهير «جان بياجيه» Piaget هذه عملية في نظريته التطورية على ضوء ما أسماه بالجوانب التوازنية الدينامية. ما عالجها «ريجيل» Riegel على ضوء نموذجه الجدلي Dialectic للتطور. لنقطة الأساسية التي تركز عليها هذه النظريات هي أن " مجهولية " النمو تخير ترسب الصراع، وفي هذا الصراع يثور القلق ويظهر، ويكون لسان ال الفرد عندئذ تساؤله ضمنيا: ما التهديدات المجهولة التي ستواجهني في نا المستقبل المجهول؟ وهل سأكون قادرا على مواجهة هذا التهديد أو تحكم فيه والسيطرة عليه؟

كما وضعت نظريات تطورية عديدة من أهمها نظرية «هافيجهرست» Havighurs، حيث ترتبط نظريته بشدة بموضوع المطالب التطورية، والتي تمد - في المقام الأول - على التطور البيولوجي والتوقعات الاجتماعية، حيث غير كل منهما خلال مجرى حياة الإنسان بأسرها. ومثل هذه المطالب تطورية يمكن النظر إليها أيضا على أنها مصدر للصراع والانعصاب أو المشقة نسبة للفرد، حيث ينتج منها القلق ويتمخض عنها. وكلما تحققت المطالب تطورية أو حُسمت فإن الصراع والانعصاب ينتهيان وكذلك القلق. وكلما مج الفرد من الناحية البيولوجية فإن المجتمع يتوقع تغيرا مقبولا ومرغوبا في سلوك ذلك الفرد، ومن ثم فإن الفرد يواجه بمهمة اكتساب مهارات وقدرات مصادر وطاقات جديدة، ويتوقف عن إصدار نظيرتها القديمة كلما انتقل من نهد إلى الطفولة، ومن الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد

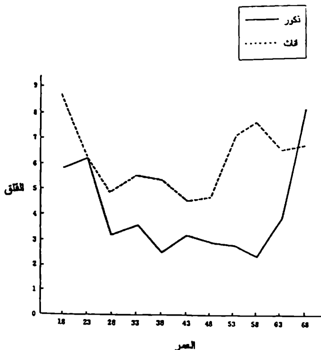
المبكر ... وهكذا حتى الموت موجز القول أن الفرد يواجه بسلسلة من التوافقات عبر سني حياته كلما تقدم به العمر

وقد ألقى «كوهلين» Kuhlen الضوء - خلال استعراضه للتغيرات الدافعية عبر سني الرشد - على كيفية تنوير الأفراد لأنماط المواجهة والتصرف في استجابتهم للتغير في كل من الحاجات والاحباطات وتنبيهات البيئة والتوقعات، وقد برهن على أن القلق أساسي بوصفه مصدرا للدافعية في السن المتأخر[١١١]. ونعرض في الفقرة السادسة للتغيرات في منحنى القلق تبعا للعمر.

٦ - منحنى القلق السوى عبر العمر

إن قليلا من القلق يعد سويا ويفترض أنه أمر لازم بسببه للنمو، لأن كل تطور يصاحبه قلق[١١٢]. ويبين شكل (٢) التغيرات في مستوى القلق تبعا للعمر خلال مجرى الحياة السوى، ونلاحظ التناقص المستمر والمتسق للقلق من المراهقة حتى المراحل المبكرة من النضج، يبدأ أخيرا في الارتفاع عند الثالثة والستين لدى الذكور، وعند الثالثة والخمسين عند الإناث. ثم يميل الى الارتفاع الشديد مرة ثانية بعد عمر ٦٥ عاما، حيث يحتاج هذا الارتفاع إلى مزيد من الفحص (يلاحظ أن حجم العينات في الطرفين يحتاج إلى إضافة)[١١٣].

وبعد عرض القلق السوى عبر العمر، نقدم للقلق المرضى وتغيره خلال سني الحياة.



شكل (2) : التغيرات في مستوى القلق السوي خلال العمر

٧ ـ القلق المرضى والعمر

توجد درجة من القلق فى مرحلتي الطفولة والمراهقة، وفى الحقيقة فإن القلق مصاحب حتمى للنمو، ولكن حتى إذا كان مَرَضيا، فإنه لا يؤدى عادة إلى أرجاع قلق فى كل من الطفولة والمراهقة. ففى الطفولة يؤدى القلق المزمن إلى اضطراب فى العادات مثل قضم الأظافر ومص الأصابع والبوال (التبول اللا إرادى ليلا) أو إلى سمات عصابية مثل: اللزمات (أو الخلجات) Tics والعادات التشنجية والمخاوف المرضية. ويزداد القلق فى مرحلة المراهقة، ولكن تأخذ الأعراض شكلا مختلفا عن الطفولة.

ويؤدى القلق فى المراهقة إما الى كف شديد أو نشاط زائد، وقليلا ما ينتج عنه ارجاع قلق. وتتضمن المصادر الشائعة لقلق المراهق مشاعر عدم الكفاءة بالنسبة للجماعات، وفى المواقف الاجتماعية الجديدة كمقابلة أفراد من الجنس الأخر، والهموم المتعلقة بالافراط فى الاستمناء (العادة السرية)، والاستحلام (القذف الليلى)، والمخافات المتصلة بعدم السواء من الناحية التناسلية، أو القصور الجنسى، ونقص الثقة بالنفس فيما يخَص بالأداء سواء أكان جنسيا أم اجتماعيا أم رياضيا أم عقليا.

وكلما تقدم العمر ـ بوجه عام ـ فيما بين العشرين والسبعين فإن فرص الإصابة بالاضطراب الطبنفسى (السيكياترى) تزيد، وتوجد «الهضبة» بالنسبة للرجال فيما بين الأربعين والستين، يلى ذلك زيادة حادة فى احتمال حدوث الاضطرابات السيكياترية فيما بين الستين والسبعين. ويتزايد احتمال الاضطرابات السيكياترية لدى النساء حتى الخمسين، يلى ذلك - كما يحدث عند الرجال ـ زيادة حادة بعد الستين فى هذه الاحتمالات، ولكن تتناقص الاضطرابات السيكياترية بعد عمر السبعين لدى كل من الرجال والنساء.

ويطلق «ليتون» Leighton وزملاؤه على الفترة بين العشرين والأربعين من العمر «فترة النضال».وتستمر النساء فى إظهار أرجاع القلق والاكتئاب خلال فترة سن اليأس Menopause وحتى عمر الخمسين. أما الفترة بين الستين والسبعين فإن الإنسان يتعين عليه أن يتصالح أو يتراضى مع جوانب فشله، مع التقدم فى العمر والموت والمتوقع، ومن ثم فإن القلق والاكتئاب يرتفعان مرة ثانية خلال هذه السنوات العشر. أما تناقص الاضطرابات النفسية (السيكياترية) بعد السبعين فيرجع إلى قدرة معظم المعمرين على التكيف للحياة والموت، وعلى خفض تطلعاتهم وسعيهم مع تحمل أفضل للإحباط[١١٤].

ولكن النتيجة المتعلقة بتناقص الاضطرابات النفسية ومن بينها القلق بعد السبعين فى حاجة إلى مراجعة، ذلك أننا يمكن أن نفترض أن تدهور الوظائف البدنية لدى المعمرين عما كان لديهم سابقا يمكن أن تكون مصدرا مهما من مصادر القلق وسببا أساسيا لارتفاع معدله.

وبعد أن عرضنا لتطور القلق بوجه عام نقدم لبعض الدراسات العربية فى تطور القلق، وهذا هو موضوع الفصل الرابع.

الفصل الرابع

دراسات عربية فى تطور القلق

قدمنا فى الفصل الثالث لجوانب نظرية فى التطور بوجه عام، وفى تطور القلق بوجه - س، وننبه إلى أن المادة الواردة فى الفصل الثالث تعتمد على نتائج دراسات سابقة غير عربية. أما الفصل الرابع فيعرض لدراسات فى تطور القلق أهم مايميزها أنها دراسات عملية واقعية Empirical، أجريت على مفحوصين عرب. ويشتمل هذا الفصل على دراستين أجريت إحداهما على الأطفال، والأخرى على أعمار متباينة تتراوح بين المراهقة والشيخوخة. ونبدأ بعرض أهداف هذه الدراسات ومدى أهميتها.

١ - أهداف الدراسة وأهميتها

الأهداف العامة للدراسة

تهدف هاتان الدراستان التعرف إلى تطور القلق عبر سنين متتالية فى الطفولة، وخلال مراحل محددة من المراهقة إلى الشيخوخة، وذلك تبعا لدراسات واقعية عملية أجريت على عينات عربية (مصرية). هذا بالإضافة إلى هدف فرعى لهذه الدراسا وهو التعرف إلى الفروق بين الجنسين فى القلق. ولهذا النوع من البحوث أ غير قليلة كما سيتضح من الفقرة التالية.

أهمية الدراسة

(١) تركز البحوث العالمية فى علم النفس الارتقائى (أو علم نفس النمو) على نمو (وتطور) القدرات العقلية أو الجوانب الحسية والحركية والعضوية وما

شابهها، وتقل هذه البحوث فى مجال ارتقاء الشخصية بالنسبة إلى هذه المجالات.

(٢) البحوث العربية فى علم النفس الارتقائى بوجه عام، وفى مجال ارتقاء الشخصية بوجه خاص نادرة جـدا[١١٥]، على الرغم من أن لمعرفة اتجاهات النمو والارتقاء أهمية قصوى.

(٣) لبحوث ارتقاء الشخصية وتطورها أهمية نظرية من حيث التعرف إلى اتجاهات التطور ومساره، والكشف عن فترات الزيادة ومراحل النقصان (أوالإسراع والإبطاء بمصطلحات النمو).

(٤) وكما تنتمى هذه البحوث إلى مجال ارتقاء الشخصية فإنها تندرج أيضا تحت مجال علم الأوبئة Epidemiology الذى يهدف إلى تحديد معدلات الانتشار Prevalence Rates، والذى بدأ بدراسة العوامل المؤثرة فى تكرار حدوث الأمراض المُعْدِيَة لدى الإنسان وتوزيعها على السكان، ثم اتسع مجاله ليشمل الوبائيات النفسية، أى توزيع مختلف أنواع الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية واضطرابات السلوك ومعدلات انتشارها فى مجتمع معين[١١٦].

(٥) ترجع الأهمية التطبيقية لبحوث تطور الشخصية إلى أنها تساعد على تحديد مراحل التطور التى تزداد فيها معدلات السمات المرضية غير المرغوبة تمهيدا لعلاجها قبل تفاقمها.

(٦) تفيد هذه البحوث فى الكشف المبكر Early Detection عن المراحل التى تشيع فيها زيادة الاضطرابات النفسية.

وبعد بيان الأهمية العملية والتطبيقية لهذه الدراسة نعرض للفرض الأساسى الذى تعتمد عليه.

٢ - الفرض الأساسى

نتوقع ظهور فروق جوهرية فى القلق بين المجموعات العمرية المختلفة (وبين الجنسين فى كل مرحلة). وقد وُضع هذا الفرض اعتمادا على نتائج بحوث تطور القلق، والتى أشارت إلى إمكان تأثر الدرجة على مقياس القلق بالمرحلة العمرية التى يمر الفرد بها[١١٧]. كما أن افتراض الفروق بين الجنسين له ما يسوغه فى التراث السيكولوجى[١١٨].

ونعرض فى الفقرات التالية لهاتين الدراستين بقدر من التفصيل.

٣ - تطور القلق لدى الأطفال

تهدف هذه الدراسة[١١٩] إلى بيان الفروق العمرية والمتصلة بالجنس (ذكور، إناث) فى القلق لدى الأطفال، وذلك عن طريق تحديد متوسطات القلق لدى خمس فئات عمرية من الجنسين وهى : ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ سنة.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت عينة الدراسة من تلاميذ وتلميذات عدد من المدارس الإعدادية الحكومية والخاصة بمدينة الاسكندرية، وهى : سان مارك، كلية البنات المصرية E. G. C.، مدرسة الشاطبى الإعدادية بنين، مدرسة الشاطبى الإعدادية بنات. وقد اختيرت من هذه المدارس عشر عينات لتمثيل خمس مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول ٤ لبيان عدد أفراد كل مرحلة عمرية). وقد بلغ مجموع أفراد عينة الدراسة (١٢١٤) بواقع (٦٤٥) من الذكور و (٥٦٩) من الإناث.

(ب) المقياس

مقياس القلق لدى الاطفال Children's Anxiety Scale: C.A.S.[١٢٠] استمدت بنوده من التراث السيكولوجى والسيكياترى الإكلينيكى وبخاصة المراجع المتخصصة، هذا فضلا عن الخبرة العامة لواضعى المقياس، واعتمادا على هذه المصادر صيغ أربعون بندا صياغة عربية فصحى سهلة. ثم عُرِض المقياس المقترح على عدد من المتخصصين فى علم النفس. وأدى هذا الإجراء الأخير إلى حذف بعض البنود التى لاتعد مقياسا جيدا للقلق من وجهة نظر هؤلاء المحكمين. ونجم عن ذلك حذف ستة بنود، فأصبح المقياس مكونا من ٣٤ بندا، كما عُدلت صياغة بعض البنود فى اتجاه مزيد من التبسيط. وقد طُبق المقياس على عينة من ٦١ تلميذا، ٧٤ تلميذة من تلاميذ المدارس الإعدادية من الصفين الأول والثانى، ثم حُسب الارتباط بين كل بند فردى والدرجة الكلية على المقياس، واعتمادا على ذلك تم حذف بندين فقط. هذا فضلا عن حساب الارتباط بين كل بند ومحك خارجى هو مقياس سمة القلق (صيغة الاطفال) من وضع "سبيلبيرجر" وزملائه[١٢١]، ومن تعريب وإعداد عبد الرقيب البحيرى[١٢٢].

وقد طُبق المقياس الأخير (قائمة القلق : مقياس السمة للأطفال) والمقياس الذى نقدم له على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وتلميذاتها (ن = ٦٠، ٧١ على التوالى)، وتم حذف بندين فقط لم يصلا إلى حدود الدلالة الإحصائية، وفضلا عن ذلك فقد تم - على أساس تحكمى - حذف خمسة بنود (وهى البنود التى لها أقل ارتباطات (وذلك ليصل المقياس إلى ٢٥ بندا). ثم حللت بنود المقياس بعد ذلك عامليا، فأسفر التحليل الأخير عن حذف عبارتين ليصبح المقياس مكونا من ٢٣ بندا.

وقد حللت الارتباطات المتبادلة بين بنود المقياس عامليا بطريقة "هو

تِلنج* : المكونات الأساسية، ثم أديرت العوامل تدويرا متعامدا بطريقة فاريماكس. واستخرجت من المقياس ستة عوامل فسرت كما يلي :

١ - عامل القلق العام.

٢ - المشاعر الذاتية فى القلق.

٣ - الأعراض النفسية والعضوية للقلق.

٤ - الجوانب المعرفية للقلق.

٥ - القلق الاجتماعى والأعراض الجسمية.

٦ - الأرق والتوتر.

ووصل ثبات التنصيف بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون إلى ٠,٨٤ (ن = ٣٠) لدى الذكور، ٠,٨٦ (ن = ٣٠) عند الإناث، فى حين وصل إلى ٠,٨٧ لدى عينتى الذكور والإناث (ن = ٦٠)، وهى معاملات ثبات مقبولة. كما تمت البرهنة على صدق المقياس من نواح عدة.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس فى موقف قياس جمعى، مثلت الوحدة فيه الفصل الدراسى فى الجلسة الواحدة. وكان عدد التلاميذ فى هذه الفصول يتراوح بين ٣٥، ٥٠ تلميذا، وكان الباحث الرئيسى فى كل جلسات التطبيق هو الذى يطبق المقياس، مع وجود مساعد يساعده فى الجلسة سواء فى ملاحظة طريقة التلاميذ فى الإجابة أو فى جمع الأوراق ومراجعتها.

(د) التحليل الإحصائى

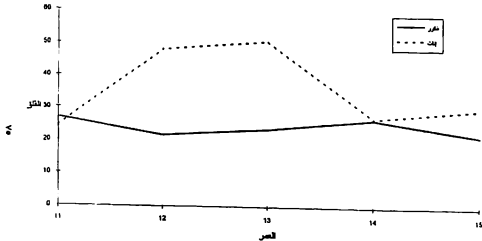
حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الدراسة لكل

مرحلة عمرية من الذكور والإناث على حدة (عشر عينات) واستخدم تحليل التباين فى اتجاه واحد، كما حسبت قيم "ت" لبيان دلالة الفروق بين المتوسطات.

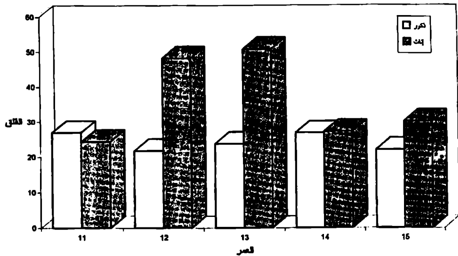
النتائج ومناقشتها

يبين الشكل (٣) المنحنى الارتقائى للقلق لدى المجموعات العمرية العشر من الجنسين، كما يبين الشكل (٤) المدرج التكرارى للمتوسطات.

ومن ملاحظة الشكل (٣) نجد أن متوسطات القلق متقاربة بين المجموعات العمرية الخمس من الأولاد، وذلك على العكس من مجموعات البنات. ويتجه المنحنى الارتقائى فى مجموعات الأولاد من الارتفاع (عمر ١١) إلى الانخفاض (عمر ١٢) ثم الارتفاع (العمران ١٣، ١٤) فالانخفاض (عمر ١٥). أما فى عينة البنات فيبدأ المنحنى الارتقائى منخفضا (عمر ١١) ثم يرتفع ارتفاعا كبيرا (عمر ١٢) ويواصل ارتفاعه (عمر ١٣) فينخفض انخفاضا كبيرا (عمر ١٤) وينتهى بارتفاع طفيف (عمر ١٥).



شكل (3) : المنحنى الارتقائي للقلق لدى الأطفال



شكل (4) : المدرج التكراري للقلق لدى الأطفال

ويبين جدول (٤) النتائج التى أسفر عنها البحث على عشر مجموعات تمثل خمس مراحل عمرية مختلفة من الجنسين.

جدول (٤) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغير القلق لدى عشر عينات مختلفة من الاطفال الذكور والاناث

المجموعة العمرية	ن	القلق لدى عينة الذكور		ن	القلق لدى عينة الاناث	
		م	ع		م	ع
١١سنة	١١٠	٢٦,٩٥	١٥,٨٥	٩٩	٢٤,٣٥	١٧,٣٣
١٢سنة	١٠٢	٢١,٧٥	١٢,٩٠	١١٧	٤٨,١٩	١٤,٩٧
١٣سنة	١٥٠	٢٣,٧١	١٢,٨٨	١٠٧	٥٠,٧٤	١٣,٩٩
١٤سنة	١٥٨	٢٦,٨٧	١٣,٧٧	١٣٩	٢٧,٢٠	١٦,١٤
١٥سنة	١٢٥	٢٢,٠١	١١,٤٢	١٠٧	٣٠,١٨	١٥,٤٧

يتضح من جدول (٤) أن أعلى المتوسطات فى متغير القلق لدى عينات الذكور للفئة العمرية ١١ سنة، يليها مباشرة الفئات العمرية ١٤، ثم ١٣، ثم ١٥، ثم ١٢ سنة. أما فيما يتعلق بعينة الإناث فكان أعلى متوسط للفئة العمرية ١٣ سنة يليها مباشرة الفئة العمرية ١٢، ثم ١٥، ثم ١٤، ثم ١١سنة.

والملاحظ أن أعلى المجموعات العمرية من الذكور قلقا، المجموعتان ١٤،١١ عاما. أما التفسير المقترح لارتفاع قلق مجموعة ١١ عاما فغالبا

مايرجع إلى جانب تعليمى، حيث دخل هؤلاء التلاميذ إلى المرحلة الإعدادية من المرحلة الابتدائية بعد الحصول على السنة الخامسة (وليس السادسة) مما يلقى عليهم عبئا مدرسيا وتحصيليا كبيرا بالمقارنة الى غيرهم من التلاميذ، حيث كانوا أول مجموعة صادفت تغير النظام التعليمى فى المرحلة الابتدائية فى مصر. كما أن هؤلاء التلاميذ صغار السن والخبرة (١١ سنة) يتنافسون وأقران معهم غير أنداد لهم، ممن أنهوا السنة السادسة الابتدائية، ويدرسون المقررات ذاتها، وذلك مما يجعل قلقهم أمرا متوقعا. وتجدر الإشارة إلى أن هذا التفسير الذى ذكرناه فى التو لم ينسحب على المجموعة العمرية ١١ عاما من الإناث، مما يشير إلى احتمال تدخل عوامل أخرى[١٢٣]، ومما يحد من تعميم النتائج من الذكور إلى الإناث.

أما حصول الذكور فى المجموعة العمرية ١٤ عاما على متوسط قلق مرتفع، فقد يكون مرده إلى وصول هؤلاء التلاميذ إلى سن البلوغ مؤخرا، بما يتبعه من تغيرات عضوية وفيزيولوجية وهرمونية يكون لها أثرها على الجوانب الانفعالية. وقد دلت البحوث على أن متوسط سن البلوغ لدى الفتيان المصريين = ١٣,٧٣ + ١,٢٤ عاما[١٢٤].

وفيما يتعلق بالإناث فإن أعلى المجموعات العمرية قلقا هما المجموعتان ١٣، ثم ١٢ عاما، فقد حصلت كل منهما على متوسط مرتفع تماما (م= ٥٠,٧٤، ٤٨,١٩ على التوالى) إلى الدرجة التى بلغ فيها متوسط كل منهما على حدة ضعف متوسط المجموعة العمرية ١١ عاما من الاناث (م=٣٥و٢٤). والجدير بالإشارة أن المرحلتين العمريتين ١٢، ١٣ عاما لدى الإناث يوافقان سن البلوغ إلى حد كبير. فقد كشفت إحدى الدراسات المصرية أن سن البلوغ لدى الفتيات يتراوح بين ١١-١٧ عاما بمتوسط قدره ١٣,٤٣± ١,٠١٨ [١٢٥]. على حين أسفرت دراسة أخرى[١٢٦] عن متوسط لسن البلوغ قدره ١٣,٥١ + ٢,٦٦ وعن مدى يتراوح بين ١١، ١٦ عاما.

ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن الفروق فى متوسطات القلق بين مجموعتى الذكور ١١،١٤ عاما وبقية مجموعات الذكور لايصل إلى الفروق الكبيرة فى متوسطات القلق بين مجموعتى الإناث ١٢،١٣ عاما وبقية مجموعات الإناث، ذلك أن التقارب فى متوسطات القلق بين مجموعات الذكور أكثر بكثير بالمقارنة إلى نظيره لدى مجموعات الإناث. ويتصل ذلك بملاحظة أهم، وهى أن مدى متوسطات القلق لدى الذكور (من ٢١-٢٦ تقريبا) أقل بكثير من نظيره لدى الإناث (من ٢٤-٥٠ تقريبا) (انظر جدول ٤). كما يرتبط ذلك بملاحظة ثالثة وأخيرة مؤداها أن تباين درجات المجموعات الخمس من الإناث (كما يقاس بالانحراف المعيارى) أعلى من نظيره لدى الذكور إذا قورنت كل مجموعة عمرية بنظيرتها. وينسحب ذلك على كل مقارنة (انظر جدول ٤). وهذه الملاحظات المتكررة جديرة ببحث منفرد.

وقد تم حساب تحليل التباين فى اتجاه واحد لدى المجموعات الخمس من الذكور (انظر جدول ٥) ونظيره عند الاناث (انظر جدول ٦) كل على حدة.

جدول (٥) : تحليل التباين لمتغير القلق لدى عينة من الأطفال الذكور (ن = ٦٤٥)

المصدر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	نسبة «ف»
بين المجموعات	٤	١٨٤,٢١٥	٧٩٦,٠٥٤	٤,٤٣٦**
داخل المجموعات	٦٤٠	١١٤٨٥٦,١٧٩	١٧٩,٤٦٣	

** نسبة «ف» جوهرية عند مستوى ٠١,٠.. عندما تكون ≥ ٣,٣٦٠

جدول (٦) : تحليل التباين لمتغير القلق
لدى عينة من الأطفال الإناث (ن = ٥٦٩)

المصدر	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	نسبة «ف»
بين المجموعات	٤	٦٨٣٦٨,٤٦٦	١٧٠٩٢,١١٦	**٧٠,١١٣
داخل المجموعات	٥٦٤	١٣٧٤٩١,٤٢٢	٢٤٣,٧٧٩	

** نسبة «ف» جوهرية عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون ≥ ٣,٣٦٠

ومن ملاحظة الجدولين (٥،٦) يتضح أن نسبتى «ف» جوهريتان عند مستوى ٠١, ويعنى ذلك أن هناك فروقا جوهرية فى متغير القلق بين المجموعات العمرية من الذكور، وكذلك الإناث، ويمكن أن نفترض أن ذلك يعزى إلى تباين متغير العمر، حيث اشتملت هذه العينة على خمس فئات عمرية، تراوحت بين ١١ إلى ١٥ عاما لتلاميذ يدرسون فى سنوات دراسية مختلفة فى المرحلة الإعدادية، بالإضافة إلى أن الأطفال فى هذه المراحل العمرية يقعون فى مرحلتين مختلفين من مراحل النمو وهما: الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، بما يستتبع ذلك من تغيرات متلاحقة، يترتب عليها فروق فى القلق بين الأعمار المختلفة.

ومن ناحية أخرى فمن الأهمية أن نفحص جوهرية الفروق بين المتوسطات لدى المجموعات العمرية الخمس من الجنسين.

جدول (٧) : قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات
العمرية الخمس من الجنسين

جموعات العمرية	القلق		درجات الحرية
	قيم «ت»	الدلالة	
كور وإناث ١١ سنة	١,١٢	غير دال	٢٠٧
كور وإناث ١٢ سنة	١٥,٦١	٠,٠٠١	٢١٧
كور وإناث ١٣ سنة	١٥,٩٣	٠,٠٠١	٢٥٥
كور وإناث ١٤ سنة	٠,٢١	غير دال	٢٣٠
كور وإناث ١٥ سنة	٤,٥٩	٠,٠٠١	٢٩٥

بالنظر إلى جدول (٧) يتضح أن الفروق جوهرية إحصائيا بين كل
لجموعات العمرية من الجنسين، فيما عدا الفئات العمرية ١١، ١٤ سنة،
يث لم يظهر فرق جوهرى بين مجموعتى الذكور والإناث فى متغير القلق.
الجدير بالذكر أن الإناث فى الفئات العمرية الأربع : ١٢، ١٣، ١٤، ١٥
ناما حصلن على متوسطات أعلى من الذكور فى الفئات العمرية ذاتها، على
ين حصل الذكور فى المجموعة العمرية ١١ عاما على متوسط قلق أعلى من
ظرائهم فى العمر من الإناث. وفى الواقع تعد هذه النتيجة متوقعة إلى حد
بير، حيث أسفرت نتائج عديد من الدراسات على الراشدين أن الإناث -
صفة عامة - أكثر قلقا من الذكور المناظرين لهن فى العمر[١٢٧].

وبما أن الفئات العمرية التى وقع اختيارنا عليها تندرج إما فى مرحلة

المراهقة المبكرة أو ماقبل المراهقة مباشرة (سن البلوغ) فإن التغيرات الجسمية والفيزيولوجية بما يترتب عليها من التغيرات الانفعالية التى تتعرض لها الإناث يغلب أن يكون لها تأثير كبير فى زيادة معدل القلق لديهن أكثر من الذكور، لاسيما أن معدل النمو لدى الإناث فى هذه المراحل يعد أسرع منه

جدول (٨) : قيم "ت" بين متوسطات القلق لدى المجموعات الخمس من الأطفال الذكور

مسلسل	المجموعات العمرية	القلق: قيم «ت»	القلق: الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	١٠,٨٤	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	٢,٠٦	٠,٠٥
٣	١١ مقابل ١٤	٠,٠٤	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٧٥	٠,٠١
٥	١٢ مقابل ١٣	١,١٩	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	٣,٠٠	٠,٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٠,١٦	غير دال
٨	١٣ مقابل ١٤	٢,٠٨	٠,٠٥
٩	١٣ مقابل ١٥	١,١٥	غير دال
١٠	١٤ مقابل ١٥	٣,١٨	٠,٠١

عند الذكور[١٢٨]، وذلك نظرا لاحتمال حساسية الإناث أكثر من الذكور لهذه التغيرات. أما فيما يتعلق بعدم ظهور فروق بين الجنسين فى المجموعة العمرية ١٤ سنة، فإن هذه المرحلة العمرية يمكن أن تعد مرحلة سكينة واستقرار نسبى فى النمو، بالمقارنة إلى النمو فى المراحل العمرية سالفة الذكر والتى كثيرا ماسميت بالمراحل "العاصفة"، ومن ثم تتقارب المتوسطات.

يتبين من جدول (٨) ظهور فروق جوهرية إحصائيا بين المجموعات العمرية من الذكور فى ٦٠٪ من المقارنات، وهى الحالات الست التالية : حصل تلاميذ الفئة العمرية ١١ عاما على متوسط قلق أعلى من نظرائهم فى الفئة العمرية ١٢، ١٣ عاما، وكذلك ١١ عاما أعلى من ١٥، ١٤ أعلى من ١٢، ١٤ أعلى من ١٣، ١٤ أعلى من ١٥.

ومن الملاحظ أن أعلى فروق بين الجنسين توجد فى المرحلتين العمريتين ١٣، ١٢، حيث بلغت متوسطات القلق لدى الإناث فى كل مجموعة أكثر من ضعف متوسطات الذكور (م= ٥٠,٧٤ مقابل ٢٣,٧١ فى المجموعة العمرية ١٣ عاما، م= ٤٨,١٩ مقابل ٢١,٧٥ فى المجموعة العمرية ١٢ عاما) (انظر جدول ٤، جدول ٧) ويرجع أن يرجع ذلك إلى أن عمر ١٢، ١٣ عاما يتفق مع سن البلوغ لدى الإناث[١٢٩]. وقد ظهر من دراسات عديدة أن النساء أكثر قلقا - فى المتوسط - من الرجال كما قدمنا، وتمت البرهنة على النتيجة ذاتها لدى الاطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٧، ١٥ عاما فحصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور، ومن ثم يعد ذلك مؤشرا واضحا على أن الفروق بين الجنسين فى القلق تظهر بوضوح منذ وقت مبكر من العمر وتستمر فى المراحل التالية كذلك[١٣٠].

جدول (٩) : قيم «ت» بين متوسطات القلق لدى المجموعات الخمس من الأطفال الإناث

مسلسل	المجموعات العمرية	القلق	
		قيم «ت»	الدلالة
١	١١ مقابل ١٢	٢,٦١	٠,٠٠١
٢	١١ مقابل ١٣	١,٨١	غير دال
٣	١١ مقابل ١٤	١,٣١	غير دال
٤	١١ مقابل ١٥	٢,٥٥	٠,٠٥
٥	١٢ مقابل ١٣	١,٣١	غير دال
٦	١٢ مقابل ١٤	١٠,٧٠	٠,٠٠١
٧	١٢ مقابل ١٥	٨,٨٥	٠,٠٠١
٨	١٣ مقابل ١٤	١١,٩٩	٠,٠١
٩	١٣ مقابل ١٥	١٠,٢٠	٠,٠٠١
١٠	١٤ مقابل ١٥	١,٤٤	غير دال

بالنظر إلى جدول (٩) يتضح أن متوسط درجات القلق لدى إناث المجموعات العمرية الثلاث : ١٢، ١٣، ١٥ عاما أعلى من ١١ عاما. وكذلك ١٢ أعلى من ١٤، ١٢ أعلى من ١٥، ١٣ أعلى من ١٤، ١٣ أعلى من ١٥، وذلك بدرجة جوهرية إحصائيا.

ويمكن تفسير الفروق بين عينات الذكور، وكذلك الإناث على ضوء ثلاثة عوامل رئيسة وهى :

أ - عامل السن.
ب - عامل النمو والخبرة.
ج - عامل المستوى التعليمى.

فيما يختص بعامل السن فقد وقع اختيارنا على خمس فئات عمرية تراوحت بين ١١، ١٥ سنة، تستوعب خمس سنوات فى غاية من الاهمية بالنسبة الى الفرد نظراً لما يعتريه خلالها من تغيرات كثيرة تشمل كافة مظاهر النمو، اذ يقع هذا المدى فى مرحلتين من أهم مراحل النمو وهما : مرحلتا الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة متضمنة سن البلوغ، منتهية بمرحلة المراهقة الوسطى والتى تمثل إحدى دعائم النمو الجسمى والعقلى، وتعد المرحلة الاخيرة مرحلة استقرار نسبى فى التغيرات التى تنتاب المراهق[١٣١]. ويصاحب هذا النمو العقلى والجسمى تقدم فى المستوى التعليمى عبر السنوات الدراسية الثلاث للمرحلة الإعدادية، ويعد ذلك فى حد ذاته أحد العوامل التى يمكن أن تؤثر فى مستوى القلق.

وأخيرا وليس آخرا - فلابد أن ننظر إلى نتائج هذه الدراسة على ضوء العينات المستخدمة، فالفئات العمرية الخمس التى وقع اختيارنا عليها تقع فى مرحلة حرجة من مراحل النمو. والنمو هنا لايقتصر على النمو الجسمى ولكنه يتضمن كافة جوانب النمو التى تطرأ على الإنسان. وبما أن عينة الدراسة اشتملت على خمس فئات عمرية متدرجة فى النمو (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥ عاما)، كما أن كل فئة عمرية تعد مرحلة انتقالية، فإن المتوقع نتيجة لذلك أن تتأثر الحالة الانفعالية، ويتغير معدل القلق - زيادة أو نقصانا - كلما انتقلنا من مجموعة عمرية إلى أخرى. وهذا ما أسفرت عنه

الدراسة. فقد ظهرت فروق واضحة فى بعض الفئات العمرية فى الجنس الواحد.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين فى متغير القلق (متوسط الإناث أعلى جوهرياً من الذكور فى ثلاث من الفئات العمرية الخمس) فإن ذلك يتفق مع عديد من البحوث السابقة من أن الإناث أكثر قلقا من الذكور بصفة عامة وأن التغيرات الجسمية والنفسية التي تنتاب الأنثى في هذه المرحلة تأخذ شكلا أكثر وضوحا من الذكور، وهذا أدعى إلى أن تكون أكثر قلقا. ولعل عدم توعية بعض الأمهات لبناتهن - ولاسيما عند وصولهن لسن البلوغ - بأنهن على مشارف دورة الحيض يجعلهن أكثر قلقا وتوترا، حيث لاتحدث تمهيد لهذه التغيرات الحيوية لديهن فى غالب الأحوال.

وننتقل الآن إلى عرض الدراسة الثانية.

٤ - تطور القلق من المراهقة حتى الشيخوخة

تهدف هذه الدراسة[١٣٢] إلى فحص تطور القلق بين أربع مجموعات عمرية من الجنسين فى المراحل الآتية: المراهقة، بدايات الرشد، أواسط العمر، الشيخوخة. هذا فضلا عن فحص الفروق فى القلق بين الجنسين فى كل مرحلة عمرية.

المنهج

(أ) العينات

اختيرت ثمانى عينات (ن = ١١٢٣) لتمثل أربع مراحل عمرية من الجنسين (انظر جدول (١٠) لبيان م، ع لأعمارها)، وهى كما يلى :

١ - المراهقون

وهم من تلاميذ (ن = ٢٢٥) المدارس الثانوية العامة الحكومية وتلميذاتها (ن = ٢٢٤)، بمنطقة وسط الاسكندرية التعليمية، جمهورية مصر العربية.

٢ - طلاب الجامعة

اختيرت مجموعة من طلبة (ن = ٢٠٢) جامعة الاسكندرية وطالباتها (ن = ٢٠٢) من ثلاث كليات هى : الآداب والزراعة والهندسة.

٣ - الموظفون

وتشتمل هذه العينة على ٨٠ موظفا، ٦٧ موظفة من المستخدمين الحكوميين فى وظائف : التدريس، الخدمة الاجتماعية، المحاماة، الهندسة، الأعمال الكتابية، السكرتارية.

٤ - المسنون

تتكون هذه العينة من ٦١ رجلا، ٦٢ سيدة من المسنين المقيمين - داخليا - فى عدد من دور الرعاية الاجتماعية فى مدينة الاسكندرية.

(ب) الأداة

مقياس سمة القلق

وضع "سبيلبيرجر" وزملاؤه[١٣٣] قائمة القلق : الحالة والسمة - State Trait Anxiety Inventory (STAI)، وتشتمل على أربعين بندا، يقيس نصفها حالة القلق Anxiety State والنصف الآخر سمة القلق Anxiety Trait. وتعتمد

هذه القائمة على التفرقة بين القلق بوصفه حالة مؤقتة تنقلية متغيرة، والقلق من حيث هو سمة أساسية فى الشخصية. وقد استخدم فى هذه الدراسة مقياس سمة القلق فقط، ذلك أن الاهتمام فى هذه الدراسة ينصب على القلق بوصفه سمة دائمة إلى حد كبير. وقد استخدمت الطبعة المنقحة الصادرة عام ١٩٨٣ (الصورة ى)[١٣٤].

وقد ظهر أن لهذه القائمة ثباتا وصدقا مرتفعين على عينات أمريكية وعربية : مصرية وسعودية وكويتية وقطرية ويمنية ولبنانية[١٣٥].

طباعة المقياس

من المعروف أن كبار السن يعانون غالبا من مشكلات فى البصر، يترتب عليها صعوبات فى القراءة وبخاصة اذا ما كانت حروف الطباعة صغيرة. وتجنبا لهذه المشكلة فقد تم تكبير الحروف - وبالتالى الأوراق - التى قدمت لكبار السن، على حين ظل حجمها عاديا بالنسبة لبقية المجموعات.

(ج) تطبيق المقياس

طبق المقياس فى موقف قياس جمعى : مجموعات صغيرة فى عينات المسنين وأواسط العمر، ومجموعات كبيرة فى عينات المراهقين وطلاب الجامعة.

(د) التحليل الاحصائى

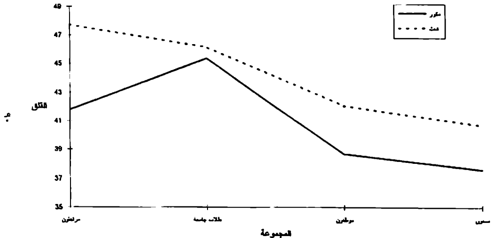
حسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل عينة على حدة، ثم حسب اختبار «ت» لتحديد جوهرية الفروق بين المتوسطات، ويلاحظ أن أحد شروط اختبار «ت» هو تقارب حجم العينتين، ولم يتحقق هذا الشرط

ن بعض الحالات، ومن ثم تم استبعاد أجزاء من العينات الكبيرة (الحالات الأخيرة)، وذلك حتى تتساوى الأحجام. ولكن عدم تغير النتائج جعلنا نستخدم الأحجام الأصلية للعينات.

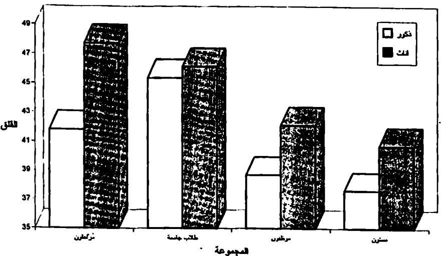
النتائج ومناقشتها

يبين شكل (٥) المنحنى الارتقائى للقلق لدى المجموعات الثمانى من الجنسين، ويبين شكل (٦) المدرج التكرارى للمجموعات ذاتها.

ويتضح من الشكلين (٥، ٦) أن أعلى المجموعات قلقا فى عينة الذكور هم طلبة الجامعة، وأقلهم المسنون. وأعلى مجموعات الإناث قلقا المراهقات، وأقلهن المسنات. والفروق جوهرية إحصائيا بين الجنسين فى حالتى المراهقين والموظفين فقط. ويتناقص متوسط القلق لدى عينات الإناث بشكل متسق تماما بارتفاع أعمار المجموعات، والأمر ذاته فى عينات الذكور إلا من استثناء واحد هو متوسط المراهقين الذى يقل عن متوسط طلبة الجامعة.



شكل (5) : المنحنى الارتقائي للقلق لدى أربع مجموعات



شكل (6) : المدرج التكراري للقلق لدى أربع مجموعات

والاستنتاج الذى ينسحب على الجنسين تماما هو أن القلق يزداد فى مرحلتى المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض فى مرحلتى أواسط العمر والشيخوخة.

ويبين جدول (١٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق فضلا عن متغير العمر، لدى العينات الثمانى من الجنسين.

جدول (١٠) : المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لكل من: العمر وسمة القلق لدى ثمانى عينات مختلفة من الجنسين

المجموعة	ن	العمر		سمة القلق	
		م	ع	م	ع
مراهقون	٢٢٥	١٥,٣٩	٠,٧٢	٤١,٨٠	٨,٢٩
مراهقات	٢٢٤	١٥,٤٥	٠,٨٤	٤٧,٧٣	٩,٠٨
طلبة جامعة	٢٠٢	٢١,٥١	١,٨٠	٤٥,٣٦	٩,٣٣
طالبات جامعة	٢٠٢	٢٠,٧٧	١,٣٠	٤٦,١٤	٩,٢٤
موظفون	٨٠	٣٦,٧٢	٦,٠١	٣٨,٦٩	٧,٨٨
موظفات	٦٧	٣٤,٧٦	٥,٥٢	٤٢,١٠	٨,٣٩
مسنون	٦١	٦٨,٩٨	٨,٢٨	٣٧,٦١	٩,٣٠
مسنات	٦٢	٦٥,٣٥	٨,٠٩	٤٠,٧١	١٠,٩٧

ويبين جدول (١١) قيم «ت» لاختبار جوهرية الفروق بين متوسطات العينات الثمانى مستوعبة كل الاحتمالات (وعددها ٢٨ قيمة).

جدول (١١) : قيم "ت" بين متوسطات القلق لدى العينات الثمانى

م	العينات	درجات الحرية	سمة القلق: قيم "ت"	سمة القلق: الدلالة
١	مراهقون ومراهقات	٤٤٧	٧,٢١	٠,٠٠١
٢	مراهقون وطلبة جامعة	٤٢٥	٤,١٧	٠,٠٠١
٣	مراهقون وطالبات جامعة	٤٢٥	٥,١٠	٠,٠٠١
٤	مراهقون وموظفون	٣٠٣	٢,٩١	٠,٠١
٥	مراهقون وموظفات	٢٩٠	٠,٢٦	غير دال
٦	مراهقون ومسنون	٢٨٤	٣,٣٩	٠,٠٠١
٧	مراهقون ومسنات	٢٨٥	٠,٨٥	غير دال
٨	مراهقات وطلبة جامعة	٤٢٤	٢,٦٥	٠,٠١
٩	مراهقات وطالبات جامعة	٤٢٤	١,٧٩	غير دال
١٠	مراهقات وموظفون	٣٠٢	٧,٨٨	٠,٠٠١
١١	مراهقات وموظفات	٢٨٩	٤,٥١	٠,٠٠١
١٢	مراهقات ومسنون	٢٨٣	٧,٦٥	٠,٠٠١
١٣	مراهقات ومسنات	٢٨٤	٥,١٢	٠,٠٠١
١٤	طلبة جامعة وطالبات	٤٠٢	٠,٨٤	غير دال

تابع جدول (١١)

١٥	طلبة جامعة وموظفون	٢٨٠	٥,٦٣	٠,٠٠١
١٦	طلبة جامعة وموظفات	٢٦٧	٢,٥٣	٠,٠٥
١٧	طلبة جامعة ومسنون	٢٦١	٥,٩٠	٠,٠٠١
١٨	طلبة جامعة ومسنات	٢٦٢	٣,٢٨	٠,٠١
١٩	طالبات جامعة وموظفون	٢٨٠	٦,٣٣	٠,٠٠١
٢٠	طالبات جامعة وموظفات	٢٦٧	٣,١٦	٠,٠١
٢١	طالبات جامعة ومسنون	٢٦١	٦,٢٩	٠,٠٠١
٢٢	طالبات جامعة ومسنات	٢٦٢	٣,٨٥	٠,٠٠١
٢٣	موظفون وموظفات	١٤٥	٢,٥٢	٠,٠٥
٢٤	موظفون ومسنون	١٣٩	٠,٧٤	غير دال
٢٥	موظفون ومسنات	١٤٠	١,٢٧	غير دال
٢٦	موظفات ومسنون	١٢٦	٢,٨٥	٠,٠١
٢٧	موظفات ومسنات	١٢٧	٠,٨١	غير دال
٢٨	مسنون ومسنات	١٢١	١,٦٨	غير دال

وبالنظر في جدول (١١) نجد أن قيم «ت» الجوهرية عددها عشرون فى مقابل ثمانى قيم غير جوهرية إحصائيا. وتشير هذه النتائج إلى زيادة مستوى

سمة القلق فى مراحل المراهقة وبدايات الرشد، وانخفاضه فى مرحلة أواسط العمر، ويقل تدريجيا كلما تقدمنا نحو الشيخوخة. ويمكن تفسير ذلك على ضوء نتائج الدراسات السابقة، حيث يذكر "كاتل" أن القلق يشيع فى مرحلة المراهقة، ويقل كلما تقدم العمر، ثم يزداد ثانية بعد الخامسة والستين بسبب التقاعد عن العمل والمشكلات الصحية[١٣٦]. ولكن انخفاض القلق فى مرحلة الشيخوخة لايتسق مع ما يذكره "كاتل". على حين يرى "آيس دوورفر" وزملاؤه[١٣٧] أن القلق قد يكون عرضا لاضطرابات أخرى، كما قد يختلط إدراك القلق والتعبير عنه، فيظهر على شكل اكتئاب عندما تحدث إثارة للجهاز العصبى اللاإرادى أو التلقائى، ومن ثم يبدو أن كبار السن غالبا ماينكرون الشعور بالقلق، وبدلا من أن يقصدوا الطبيب النفسى فإنهم يشكون من بعض الأعراض الجسمية.

كما يلاحظ من جدول (١٠) أن أعلى المجموعات قلقا مجموعة المراهقات يليها طالبات الجامعة، أما أقل المجموعات قلقا فهى مجموعة كبارالسن ومجموعة أواسط العمر، وكلاهما من الذكور، يليهم المسنات. وأبرز النتائج فى هذا الصدد انخفاض مستوى القلق لدى كبار السن.

والخلاصة أن للقلق ارتباطا وثيقا بالعمر، بيد أن أعراضه ومؤشراته تظهران بوضوح وجلاء شديدين فى مرحلة المراهقة (وبخاصة لدى الإناث). ويزداد القلق فى مرحلتى المراهقة وبداية الرشد، ولكنه يبدأ فى الانخفاض فى مرحلة أواسط العمر، ثم يأخذ فى التناقص فى السنوات الأخيرة من العمر.

ويتضح من الجدولين (١٠ ، ١١) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين فى المراحل العمرية المختلفة أن هناك فروقا بين عينتى المراهقين والمراهقات فى القلق، وهذه الفروق جوهرية إحصائيا فيما وراء ٠,٠٠١، وهى فروق فى جانب المراهقات بمعنى أنهن أكثر قلقا. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أجريت على المراهقين فى مجتمعات كثيرة، وأشارت إلى وجود فروق

جوهرية إحصائيا بين الذكور والإناث. ففى دراسة «أهلن» Ahlen على ٩٤٧ مراهقا ومراهقة فى الأعمار من ١٢ - ١٥ سنة حصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور على مقياس القلق الصريح للأطفال، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠١[١٣٨].

- وفى دراسة «سيمانوفا»[١٣٩] على مراهقين ومراهقات من تشيكوسلوفاكيا، تراوحت أعمارهم من ١٣ - ١٥ عاما، حصلت البنات على درجات أعلى من الأولاد على مقياس القلق الصريح، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٠١. وفى دراسة «كاتل، شاير» Cattell & Scheier[١٤٠] على ٥٢٥ مراهقا ومراهقة فى الأعمار من ١٢- ١٧ عاما حصلت البنات على درجات أعلى من البنين على مقياس القلق IPAT، وكانت الفروق بين الجنسين جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠١.

ومن ناحية أخرى تشير النتائج الواردة فى الجدولين ١٠، ١١ إلى عدم وجود فروق جوهرية فى متغير القلق بين الجنسين من طلاب الجامعة، حيث لم تصل قيمتا «ت» إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

كما نلاحظ أن هناك فروقا جوهرية بين الموظفين والموظفات فى القلق، وهذه الفروق جميعا جوهرية إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥، وهى فروق فى جانب الإناث تشير إلى أنهن أكثر قلقا، مما يدل على أن الفروق بين الجنسين فى القلق تتركز على وجه الخصوص فى مرحلتى المراهقة والرشد، ليس بسبب ظروف المراهقة الجسمية والنفسية والاجتماعية فحسب، بل نتيجة تضافر مجموعة من العوامل الأخرى: ثقافية وبيئية وبيولوجية وفيزيولوجية، فضلا عن أن المرأة - فى هذه المرحلة بالذات - تتجاذبها مجموعة من الأدوار التى تسبب لها ضغوطا شديدة «نتيجة للصراع بين مقتضيات دورها التقليدى من حيث هى أنثى ومقتضيات دورها المعاصر الذى لا يميز بينها وبين الرجل. ويبدو أن هناك تناقضا بين دورين موجودين فعلا فى المجتمع، وأن لكل من

الدوري هدها بجتلف عن هدف الآخر، وأن ما يتطلبه كل من الدورين من سمات شخصية يتعارض مع مايتطلبه الدور الآخر في بعض المواقف، بحيث إن ما يعد مفيدا لأحدهما يصبح معوقا للآخر، وأن التحقيق التام لأحدهما يهدد الآخر بالإخفاق»[١٤١]

وبالرجوع إلى الجدولين ١٠، ١١ نلاحظ عدم وجود فروق بين الجنسين في مرحلة الشيخوخة ويمكن أن نفسر هذه النتيجة على ضوء ما أشار إليه «آيس دوورفر» وزملاؤه[١٤٢] من أنه يمكن النظر إلى القلق لدى كبار السن من الجنسين بوصفه عرضا وجدانيا ينتج عن الشعور بالخوف أو الفزع الذي يدخل في نطاقه عنصر الرغبة في البقاء.

٥ - مناقشة عامة

يهمنا في هذا المقام أن نورد الاستنتاجات العامة من هذه الدراسات، وفيما يختص بتطور القلق لدى الأطفـــال نلاحظ - في معظم الحالات - أن هناك توازنا بين ارتفاع متوسط القلق وسن البلوغ وما قبله، فمن الطبيعي أن ترتفع معدلات القلق في هذه الســن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جســمية وفيزيولوجية وانفعالية.

وتجدر الاشارة إلى أن العمر السابق مباشرة لسن البلوغ الفعلي، أي بداية البلوغ وإرهاصاته هو أيضا سن اضطراب وقلق، إذ يوقن الاولاد والبنات في هذه السن أن النضج وشيك الوقوع، مع ما يرتبط بالتغيرات التي تمر على الإنسان من قلق وضيق وغيرهما من الانفعالات السلبية. كما أن البلوغ لايحدث بين يوم وليلة، ولكنه يستغرق وقتا[١٤٣].

وتتفق النتيجة التي أسفرت عنها هذه السلسلة من الدراسات - فيما يختص بالأطفال - مع ما يورده «ريتشارد لن» [١٤٤] من أن الاستخبارات

تكشف عن ارتفاع حاد في القلق في مرحلة المراهقة، وهناك بعض البراهين التي تشير إلى أن هذا الارتفاع في القلق يعد حادا لدى الإناث بوجه خاص.
ويبدو أنه ليس من الصعب التعرف إلى أسباب هذا الارتفاع، إذ يواجه المراهق عالما جديدا، ويتعين عليه أن يجابه كل أنواع المشكلات، ولذلك فإنه لأمر طبيعي تماما أن يؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى القلق... وتجب الإشارة في هذا الصدد إلى أن الانتحار لدى الأطفال نادر للغاية، وذلك حتى سن البلوغ، ويبدأ حدوثه فقط - عند أي معدل - أثناء مرحلة المراهقة. وربما يكون ذلك علامة أخرى على ارتفاع القلق أثناء مرحلة المراهقة.

ومن ناحية أخرى فيجب ألا نهون من تأثير الصعوبات التعليمية في زيادة معدلات القلق والاضطراب بوجه عام، فالملاحظ أن الأعمار الأصغر (١١، ١٢و١٣) تشيع أكثر في بداية مرحلة الدراسة الإعدادية، مع ما يصاحب ذلك من صعوبات تعليمية ومشكلات تكيفية ينعكس أثرها على معدلات اضطراب الأولاد والبنات.

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى التطبيقات العملية لمثل هذه النتائج، إذ يتعين الاهتمام بالنشء في هذه المرحلة المهمة من العمر، ونقصد بداية البلوغ وما قبله، مع ضرورة تقديم يد العون لهم من لدن خبير بأمورهم وبطبيعة المرحلة التي يمرون بها، وقد يبدأ العون من مجرد إسداء نصح بسيط، مرورا بتصويب معلوماتهم، حتى تقديم إرشاد نفسي على أسس علمية لهم. وإن الاهتمام بالنشء في هذه المرحلة قمين بأن يجنبهم الجانب الأكبر من صعوبات هذه المرحلة ومشكلاتها، ولا يخفى ما لذلك من أثر على نفسية النشء وحسن توافقه، وذلك حتى يفرغ للتحصيل والإنجاز دون أن تعوقه مشكلات التكيف.

وإذا صعدنا درجاً إلى الأعمار الأكبر: المراهقة وبدايات الرشد وأواسط

العمر والشيخوخة، فسوف نجد الأعمار الأصغر (المراهقة وبدايات الرشد) تتسم بمتوسط الدرجات الأعلى من القلق· ويمكن أن نفسر ذلك بأن هاتين المرحلتين تتسمان بمشكلات تكيفية أكثر من غيرهما من المراحل، ويأتي في صدر هده المشكلات: المشكلات التعليمية، ذلك أن أفراد هاتين المجموعتين يدرسون في المرحلتين الثانوية والجامعية، ولا يخفي مالهما من أهمية في تحديد مستقبل الشاب في هذه السن· فضلا عن أن هذه السن أيضا ذات مشكلات اجتماعية ونفسية محددة أهمها أنه على الرغم من نضج الشاب جسميا فإنه معتمد على ذويه لايستطيع غالبا الاستقلال عنهم، فلا يمكنه في الغالب من الاحوال مجرد أن يقيم أود نفسه، برغم رغبته في الانفصال عن أسرته· وتمنيه أن يستقل عنها، وإعلانه ذلك في حالات معينة ·

أما مرحلة أواسط العمر (عينة الموظفين) فهي أكبر مرحلة خالية نسبيا من الاضطراب، ويتسق ذلك مع نتائج «ريموند كاتل» [١٤٥] عن القلق ويرجع ذلك إلى أن هذه المرحلة غالبا هي مرحلة تحقيق الآمال وجني الثمار· فغالبا ما يكون «الرجل أو المرأة» في هذه المرحلة قد حقق غالبية أمانيه من النواحي المهنية والاقتصادية والأسرية· والملاحظ أن كل أفراد هذه العينة الذين كانوا يعملون عملا حكوميا، متزوجون· وعلى الرغم من أنه لايمكن القول بأن مصادر المشكلات قد انتهت لدى الأفراد في مرحلة أواسط العمر، فإنه يمكن القول: إن عدد هذه المشكلات وحدتها أقل إلى حد بعيد من غالبية الافراد في بقية المراحل: ممن يدرسون ولا يعملون (طلاب الثانوي والجامعة)، ومن يقيمون في دور للرعاية (عينة المسنين).

وتتفق نتائج هذه الدراسة - في جانب من الجوانب - مع مايورده « ريتشارد لن» [١٤٦] من أن القلق يبدأ في الانخفاض أو التناقص بصورة تدريجية من حوالي سن العشرين وحتى سن الستين أو نحوهـا وقـد أوضح «كاتل» هذا الانخفاض في الولايات المتحدة، كما بينه «أيزنك» في انجلترا،

ومن السهل أن نفهم السبب في هذا الانخفاض في هذه المرحلة بأن الفرد يستطيع أن يتعلم - بمرور السنين - كيف يكافح في عالم الكبار ،حتى يصبح هذا العالم أكثر ألفة وأقل إزعاجا. ويفسر بنظرية الإشراط Conditioning على ضوء مبدأ «بافلوف» المتعلق بالانطفاء أو التضاؤل Extinction.

وفضلا عن ذلك فهناك سبب آخر محتمل لانخفاض القلق تدريجيا عبر سنوات الرشد. ويتمثل في أن الافراد يصبحون قادرين على استخدام عقولهم للتحكم في قلقهم. ويتم ذلك بطريقين: أولهما أن الفرد يؤكد لنفسه ـ عن طريق الخبرة ـ أن الأزمات التي يواجهها في مرحلة الرشد هي من النوع الذي يجب أن يكون قادرا على التغلب عليه في الوقت المناسب. وثانيهما أن الفرد يستخدم عقله وخبرته كي يتجنب المواقف التي أصبح يعلم عنها أنها غير سارة ومثيرة للقلق.

ومن ناحية أخرى فإن مرحلة الشيخوخة أو العمر المتقدم ترتبط دائما بالمشكلات الصحية والنفسية، ذلك أن غالبية الوظائف العقلية والنفسية والقدرة على التكيف لا تصبح كما كانت من قبل، فغالبا ماتسوء الصحة الجسمية ومايرتبط بها من صحة نفسية، وتكثر الشكوى من أشياء كثيرة. ولكن نتائج هذه الدراسة لاتؤكد ذلك، فالمسنون من الجنسين لهم (كل منهم في الجنس الخاص به) أقل متوسط في القلق. ومع ذلك فلدى المسنين من الجنسين متوسط مرتفع في الاكتئاب [١٤٧].

ويبدو أن الخبرات وطبيعة الحياة في دور الرعاية التي كان أفراد عينة المسنين مودعين بها تثير لديهم أكبر قدر من الاكتئاب، مع عدم تغييرها لمعدل القلق لديهم(وإذا ما فرقنا بين القلق والاكتئاب على أساس عنصر الزمن، فالقلق متصل بالمستقبل. على حين أن الاكتئاب متعلق بالماضي، لأمكننا تفسير ارتفاع اكتئاب المسنين (الحزن على ما فات) وانخفاض القلق في العمر

المتقدم (عدم القلق على ما هو آت). لقد أمنت لهم دور الرعاية التي كانوا يقيمون فيها إبان اجراء الدراسة عليهم - إلى حد كبير - إشباع الحاجات الأساسية في مستقبل أيامهم، ولكن ظروف الاقامة فيها لم تنسهم البكاء على الأطلال والدمن، ولا الحزن على ما لم يحصلوه في سالف أيامهم، وما فشلوا في إنجازه على المستويين: الشخصي والأسري. ويمكننا أن نتوقع أن عددا من هؤلاء الأفراد في مجموعة المسنين قد واجهوا نوعا من الفشل الاجتماعي الأسري، إلى الدرجة التي أودعم فيها أبناؤهم هذه الدور لرعاية المسنين. وقد يرتبط هذا النوع من الفشل - لدى بعض الحالات - بعدم الإنجاب، أو عدم اهتمام الأبناء برعاية المسن في مكان إقامته الطبيعي، أو عدم توافر المسكن المستقل... وغير ذلك من الظروف والحالات المثيرة للاكتئاب والحزن والانقباض.

النتيجة العامة لهذه الدراسة إذن - فيما يخص المسنين - أنه ليس شرطا أن تجتمع في العمر المتقدم جميع ضروب الاضطراب وأنواعه.

وتتفق النتيجة الخاصة بحصول الإناث على متوسط درجات أعلى من الذكور في مقاييس القلق مع عديد من الدراسات السابقة [(١٤٨)] وقد فسرت هذه الفروق تفسيرات شتى، منها أن الإناث أكثر استعدادا للتعبير عن الاضطراب بالمقارنة إلى الذكور، وذلك لاختلاف طرق التنشئة الاجتماعية لكل منهما، تلك التنشئة التي لا تشجع الطفل الذكر والصبي (والراشد من بعد) على الاعتراف بجوانب النقص، إذ يفترض فيهم الشجاعة والصبر والجلد بالنسبة إلى الإناث. ويتسق هذا التفسير مع الخطوط العامة للتفسير الذي يقدمه «ريتشارد نن» [(١٤٩)] لارتفاع متوسط درجات الإناث على الذكور في مقاييس الاضطراب بعامة، والقلق بخاصة ، ويتمثل هذا التفسير البيئي في ميل الآباء إلى حماية صغار البنات أكثر من صغار الأولاد ، حيث تتوافر بعض الأدلة على أن الحماية تمنع الطفل من التعرض للمواقف الخطرة. وتكون النتيجة أن يصبح الطفل ميالا إلى ألا يتعلم أن يتغلب على مخاوفه المتعلقة

بالخبرات الجديدة أو التحديات. ويصبح كما هو معروف وشائع بأنه تخنث أو كالإناث.

ونظرا لعمومية الفروق بين الجنسين في مقاييس القلق (متوسط الإناث أعلى) فقد افترض عدد من الباحثين أن هناك اساسا فطريا بيولوجيا لهذه الفروق، فيذهب « ريتشارد لن»[١٠٥] إلى أن هذه الفروق الفطرية قد نمت أثناء عملية التطور وذلك لأن لها قيمة تكيفية في الصراع من أجل البقاء. وقد تطورت خواص إنسانية كثيرة بهذه الطريقة ، واكثرها احتمالية تلك التي ظهرت في إنسان ما قبل التاريخ، الذي كان يعيش في مجموعات صغيرة، كما تفعل القردة والنسانيس هذه الأيام، فيذهب الرجال للصيد والحرب، على حين تمكث الإناث خلفهم لرعاية الأطفال. ويبدو أن الرجال لم يكونوا على درجة عالية من القلق عند قيامهم بأعمالهم الخطرة هذه. ومن ناحية أخرى إذا كانت الإناث أقل قلقا ويتساوين مع الذكور فربما رغبن في أن يشاركن الذكور، وبما أنهن أضعف جسميا فهن أكثر عرضة للقتل. وهكذا فإن الإناث اللاتي يتميزن بالقلق يمكن أن يفضلن المكوث في المنزل ، فيكون احتمال بقائهن على قيد الحياة اكبر ، وينجبن الأطفال. ويمكن أن تكون هذه العملية الانتقائية قد استمرت عبر ملايين السنين، وجعلت للإناث مستوى مرتفعا من القلق. وليس من الميسور - من وجهة نظرنا - التثبت من مثل هذه التفسيرات التأملية التي قدمها «ريتشارد لن».

هناك إذن تفسيران للفروق الجوهرية بين الجنسين في اتجاه حصول الإناث على متوسط أعلى، أولهما: تفسير بيئي اجتماعي، وثانيهما: بيولوجي فطري. ومع ذلك تجدر الإشارة إلى إمكان تفسير هذه الفروق على ضوء التفاعل بين عاملي الوراثة والبيئة، وقد يكون ذلك أقرب إلى الصواب.

خاتمة

لقد أطلق على هذا العصر الذي نعيشه صفات عديدة من بينها أنه «عصر القلق ، فهل هو حقا عصر القلق؟ لقد زادت الصراعات بين الدول، وتفاقمت بؤر الحروب الإقليمية المحدودة» ولكن هذه الصراعات وتلك الحروب لم تصل - في العقود الاربعة الاخيرة - إلى حرب عالمية، ومنذ الحرب العالمية الثانية التي وضعت اوزارها في العقد الخامس من هذا القرن لم تقم أخرى شاملة، ولا يلوح الآن في الأفق القريب أن ثمة مقدمات لها ولا إرهاصات بها» وعلى الرغم من أن احتمال نشوبها في هذا العقد احتمال ضئيل، فإن احتمال قيامها أو التهديد بها كان كبيرا في عصر «الحرب الباردة» وقبل التغيرات الجذرية في المعسكر الشرقي. كما يجب ألا ننسى أن هذا القرن قد شهد حربين عالميتين طاحنتين.

أليست الحرب انعكاسات لمشكلات عديدة: اقتصادية وسياسية وجغرافية وحدودية ونفسية؟ بل: فإن الحرب قمة الصراع، تتضافر فيها عوامل شتى، وتسببها متغيرات عديدة متفاعلة،وتنجم عن عوامل موضوعية وذاتية متداخلة. ولا ريب في أن للجوانب النفسية ـ وعلى رأسها الانفعال، وفي صدرها الغضب والقلق ـ دورا فعالا ومؤثرا في هذا الصدد.

هذا عن العنف على مستوى دولي ، فماذا عن العنف الفردي؟ إن الملاحظ أن العنف يتزايد - على مستوى فردي - في ثقافة اليوم عن ذي قبل، ولا ريب في أن لوسائل الإعلام وبخاصة التلفزيون دخلا في ذلك، فضلا عن العاب الاطفال العدوانية. ومن الممكن أن نفترض أن لانفعالات الغضب والقلق دورا في هذا المقام.

هل تزايد معدل القلق الآن إذن عن ذي قبل؟ الحق أن الصراعات والحروب والتوترات لم تنقطع خلال أي عصر من عصور البشرية، وكذلك العنف الفردي إلى حد بعيد. ناهيك عن الأوبئة والمجاعات والأمراض التي لم يعرف لها علاج في العصور السابقة. ولسوء الطالع فلم يكن هناك مقياس للقلق في هذه الأزمان الماضية، فليس من الميسور المقارنة إذن بين عصرين.

ولكن الملاحظ في هذا العصر أن الضغوط الواقعة على الانسان كثيرة ومتزايدة، مع التكالب على جني ثمار الحضارة المادية، وضعف العلاقات الإنسانية، والتنافس المحموم بين الاقران في جوانب عدة، وتدهور القيم في مناطق كثيرة من عالم اليوم، مع غلبة القيم المادية وتناقص أهمية القيم الدينية، وصراع القيم، وصراع الاجيال ... أليست كل هذه المؤثرات مسببات للقلق من ناحية، ودلائل على عصر القلق المتزايد من ناحية أخرى؟ ليس من السهل الإجابة عن هذا التساؤل اعتمادا على أسس عملية تقارن بين مختلف العصور التاريخية.

ومن الاهمية بمكان أن نشير إلى نقطة نفسية على درجة كبيرة من الاهمية، وهي أن الإنسان الفرد - خلال عمره - يميل عادة إلى أن يضخم من عيوب الحاضر، ويهون من عيوب الماضي. ذلك أن الانسان ينسى ما يؤلمه من ذلك الماضي، ويحتفظ له غالبا بصورة براقة مشرقة زاهية، لاتشوبها شائبة: إن كثيرا منا يحتفظ بذكريات سعيدة عن سني المدرسة في السنين الخضر، ناسيا أو متناسيا ما كان بها من واجبات ومشقات وتكليفات ...

وبرغم كل هذه التحوطات، ومع جل هذه الاحترازات، فإن كثيرا منا يميل - على اساس ذاتي - إلى الاعتقاد بأننا نعيش حقا «عصر القلق»، وهذا مايراه فعلا كاتب هذه السطور، نتيجة لأسباب متعددة، وشواهد عديدة، اعتمادا على ملاحظات متكررة.

ومن بين هذه الشواهد أن كثيرا منا يلاحظ تدهور القيم السامية ونقص الأخلاق الرفيعة وشيوع القيم المادية في هذا العصر. ولاريب في أن بين تدهور الاخلاق وارتفاع معدل القلق علاقة وطيدة ورابطة متينة، على الرغم من الدور الكبير الذي تقوم به الاخلاق في صنع الرجال وتقدم الأوطان.

وسواء أكان القلق اليوم مرتفعا أم منخفضا بالمقارنة إلى عصور مضت وانقضت، فإن مستواه أو معدله الآن لايكون (ولايمكن أن يكون) على وتيرة واحدة على اختلاف الأعمار. فقد أسفرت هذه الدراسة العملية الواقعية، عن أن مستوى القلق يزداد لدى الاطفال في سن البلوغ وحوله (وبخاصة قبله مباشرة). ومن الطبيعي أن يزداد القلق في هذه السن نظرا لما يصاحب سن البلوغ من تغيرات جسمية وفيزيولوجية ونفسية شتى.

ومن ناحية أخرى فقد كشفت هذه الدراسة العملية على المجموعات المتعددة من المراهقة إلى الشيخوخة، أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبدايات الرشد، على حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة. مع ارتفاع متوسطات القلق لدى الإناث بالمقارنة إلى الذكور بوجه عام.

ومع كل ذلك فيجب ألا يخرج القارىء بانطباع مؤداه أن «القلق كله شر»، فإن ذلك يدخل في باب التعميم الخاطىء. فالحق أن قدرا من القلق السوي لازم للحياة العادية في كل عصر، شريطة ألا يكون هذا القدر كبيرا، فيعد القلق السوي في هذه الحالة دافعا، وينجم عنه الطاقة اللازمة لتحريك طاقات العقل المبدعة، وإمكاناته الخلاقة، مع قدر معقول من الاستمتاع بالحياة والتصالح معها، والعيش في سلام معها، لا مكابدتها والشقاء فيها وبها.

فأما القلق المرضي فإنه نقمة على الفرد، فقد يعوق دوافع الفرد وحسن

أدائه وسعادة نفسه، هذا فضلا عن عديد من الأعراض النفسية والجسمية أو النفسجسمية المختلفة التي تزعج الإنسان وتقض مضجعه.

وفي غمار التقلب بين ما يمكن أن نسمي: «نعمة القلق» و«نقمة القلق» لايجد الانسان الفرد مناصا من الدعاء الكريم: «ربنا ولا تحملنا ما لا طاقة لنا به» صدق الله العظيم.

الهوامش والمصادر

١ ـ انظر للتفصيل : الفقرة ٩ - أ من الفصل الأول.

٢ ـ راجع :

Coleman, J.C. (1964) Abnormal psychology and modern life. California: Scott, 3rd ed, p.196.

وراجع أيضا المرجع الأحدث:

Coleman, J.C., Butcher, J.N. & Carson, R.C. (1980) Abnormal psychology and modern life, Glenview, Illinois: Scott, Forse- man & Company, 6th ed.

وانظر أيضا لبيان معدلات انتشار القلق فى احصاءات أحدث: الفقرة العاشرة من الفصل الأول.

٣ ـ انظر :

Lief, H. I(1967) Anxiety reaction. In A.M. Freedman H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 857-870.(p.857).

٤ ـ انظر:

Gordon, J.E. (1963) Personality and behavior.New York : Macmillan, p. 562.

٥ ـ راجع: مجمع اللغة العربية (١٩٨٥) المعجم الوسيط. القاهرة: مجمع اللغة العربية، ج٢، ص ٧٨٥.

٦ ـ لتفصيل ذلك راجع الفقرة الأولى من الفصل الثانى.

٧ ـ أورد هذه التفرقة: عمر الجارم، انظر:

El-Garem, O. (1970) Clear psychiatry. Cairo: Dar Al- Maaref, p.63.

٨ ـ راجع: أحمد عزت راجح (١٩٦٤) الأمراض النفسية والعقلية: أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف، ص ١٠٩.

٩ ـ انظر نقد "وولبي" لهذا الاستخدام في:

Wolpe J. (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford Univ. Press. p.83.

١٠ ـ انظر الهامش رقم ٣، ص ٨٦١.

١١ ـ انظر الهامش رقم ٨.

١٢ ـ راجع.

Spielberger, C.D. (1966) Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp.3-20 (p.17).

١٣ ـ وردت هذه النتائج لدى "ليفيت" منذ وقت مبكر، انظر:

Levitt, E.E.(1968) The psychology of anxiety. London: Staples, p.114.

١٤ ـ انظر:

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. rev.) Washington, D.C.:APA.

Weber, L., Di Clemente, C., Johnstone, E., Sanders, J. & Perley, R. (Eds.) (1981) DSM III training guide. New York : Brunner.

١٥ ـ راجع:

Kaplan, H. & Sadock, B. (1991) Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 6th ed.

وقد فصل هذه الفكرة فيما بعد: روبرت روزنتال R. Rosenthal

١٦ - راجع :

Spielberger, C.D. (1972) Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety: Current trends in theory and research, New York: Academic Press, Vol.2.

١٧ - راجع لتفصيل ذلك: سبيلبرجر وزملائه (١٩٩٢) دليل تعليمات قائمة القلق: الحالة والسمة. تعريب وإعداد: أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

١٨ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٤، ص ٥٦٢.

١٩ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٢٠ - انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١٥، ص ١٣٦.

٢١ - راجع:

Epstein, S. (1967) Toward a unified theory of anxiety. In B.A. Maher (Ed.) Progress in experimental personality research. New York: Academic Press, pp. 1-89 (p.32).

٢٢ - انظر هامش رقم ١٠، ص ١٠٨.

٢٣ - انظر هامش رقم ٣، ص ٨٥٨.

٢٤ - المرجع والموضع نفسه Loc. Cit.

٢٥ - انظر:

Spielberger, C.D.(Ed.) (1972) Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press, Vol.2., p.491f.

٢٦ - راجع:

Fisher, W.F.(1970) Theories of anxiety. New York: Harper & Row.

٢٧ ـ انظر:

Kessen, W. & Mandler, G. (1969) Anxiety, pain and the inhibition of distress. In D. Rosenhan & P. London (Eds.) Theory and research in abnormal psychology. New York: HRW (pp.67-9).

٢٨ ـ I bid.

٢٩ ـ انظر:

Malmo, R.B. (1975) On emotions, needs and our archaic brain. New York: HRW.

٣٠ ـ I bid.

٣١ ـ العتبة المطلقة Absolute Threshold في السيكوفيزياء هي النقطة التي تفصل بين الاحساس بالمنبه وعدم الاحساس به. وتعني العتبة المنخفضة التي تميز مريض القلق أن حساسيته فائقة لطائفة عريضة من المنبهات بما يرفع من مستوى التنشيط لديه.

٣٢ ـ راجع:

Cattell, R.B. (1967) The scientific analysis of personality. Middlesex: Penguin, p. 114.

٣٣ ـ انظر:

Branch, C.H.H. (1968) Aspects of anxiety. Philadelphia: Lippincott, p.9.

٣٤ ـ راجع:

Boring, E.G., Langfeld, H.S. & Weld, H.P (Eds.) (1962) Foundations of psychology. New York : Wiley, p.109.

٣٥ ـ راجع:

Grinker, R.R.(1966) The psychosomatic aspects of anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior New York: Academic Press, pp. 129-142.

٣٦ ـ انظر النتائج القيمة الواردة فى:
عبدالحليم محمود السيد (١٩٧١) الابداع والشخصية: دراسة سيكولوجية. القاهرة: دار المعارف.

٣٧ ـ على الرغم من أن هذا العرض المبسط لقانون «بيركز - دودسون» يسحب على حالات معينة، فان التجارب التالية بينت أن ذلك لاينطبق على كل أنواع الأداء.

٣٨ ـ يذكرنا ذلك بقول أديب عربى: «ان الخطوات التى بيننا وبين النهر، هى التى تلهبنا فيها سياط الظمأ، أما إذا وصلنا، فنكون قد ارتوينا».

٣٩ ـ انظر:

Cattell, R.B. (1966) Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp. 23-62 (p.45f).

٤٠ ـ راجع تفصيل هذه التجارب فى:

Spielberger, C.D.(1966) The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior. New York: Academic Press, pp.361-398.

٤١ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٥٧.

٤٢ ـ راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤ ـ ٤٥.

٤٣ ـ راجع نتائج هذه الدراسات الحضارية المقارنة فى :

Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961) The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald (p.122).

٤٤ انظر نتائج هذه السلسلة من الدراسات في المراجع الآتيه

- أحمد محمد عبدالخالق، أحمد حيري حافظ (١٩٨٦) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات سعوديه دهانيه وعصابية مجلة كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ٣٤، ١٨١ . ١٩٨
- أحمد محمد عبدالخالق، أحمد حيري حافظ (١٩٨٨) حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية مجلة العلوم الاجتماعية، ١٦، ١٨١ . ١٦٩

Abdel-Khalek, A.M. (1989) The development and validation of an Arabic form of the STAI Egyptian results Personality & Individual Differences 10, 277-285

Abdel-Khalek, A M & Omar, M M (1988) Death anxiety, state, and trait anxiety in Kuwaitian samples Psychological Reports, 63, 715-718.

وانظر أيضا الهامش رقم ١٧

٤٥ . راجع المرجع الوارد في هامش رقم ٣٩، ص ٤٤.

٤٦ . انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٣، ص ٨٦١

٤٧ . راجع:

Mayer-Gross, W. Slater, E & Roth M (1960) Clinical psychiatry London Cassell (p.127)

٤٨ . انظر هامش رقم ٣

٤٩ . راجع دافيد شيهان (١٩٨٨) مرض القلق ترجمة عزت شعلان مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة الكويت عالم المعرفة (ص ٢٠)

٥٠ . انظر

Goldberg, R.J. (1982) Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians. New York: Medical Examination Pub. Co. (p.2).

٥١ ـ راجع هذه الاحصاءات في:

Okasha, A., Kamel, M. , Sadek, A Lotaif, F.(1977) Psychiatric morbidity among university students in Egypt. British Journal of Psychiatry, 131, 149-154.

٥٢ ـ انظر هامش رقم ٥٠، ص ص ٢ ـ ٣٠.

٥٣ ـ راجع:

Castell,R., Biener, A., Artner, K. & Dilling, H.(1981) Psychiatric disorders and behavior problems: Prevalence and treatment services. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 9, 115-125.

٥٤ ـ انظر:

Welding, G. (1977) The prevalence of behavior problems in preschool children. Zeitschrift- fur Kinder-und Jugend-psychiatrie, 5, 299-316.

٥٥ ـ راجع:

Schuckit, M. (1982) Prevalence of affective disorder in a sample of young men. American Journal of Psychiatry, 139, 1431-1436.

٥٦ ـ انظر:

Ax, A. (1964) The physiological differentiation between fear and anger in humans. In M.T. Mednick & S.A.Mednick (Eds.) Research in personality. New York : HRW. (pp.273-285).

٥٧ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٥٨ ـ انظر هامش رقم ٣٣ ص ص ١٠ ـ ١١.

٥٩ ـ انظر هامش رقم ٢٩.

٦٠ ـ راجع :

Malmo, R.B. (1966) Studies of anxiety: Some clinical origins of the activation concept. In C.D. Spielberger (Ed.) Anxiety and behavior, New York: Academic Press, pp.157-177.

٦١ ـ I bid.

٦٢ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٧.

٦٣ ـ راجع:

Lader, M.H. & Wing, L. (1966) Physiological measures, sedative drugs and morbid anxiety. London: Oxford Univ. Press (Maud sley Monograph No.14) (p.10).

٦٤ ـ انظر هامش رقم ١٠، ص ١٥١.

٦٥ ـ النيورستينيا Neurasthynia مصطلح قديم يشير الى مجموعة أعراض عصابية تضم الخور والتعب والارهاق ونضوب الطاقة ونقص المبادأة مع تناقص التركيز.

٦٦ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ٩، ص ص ٦٤ ـ٥٠.

٦٧ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ص ١٢٨ ـ ٩.

٦٨ ـ انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٦.

٦٩ ـ انظر هامش رقم ٩، ص ص ٦٦ ـ ٧.

٧٠ ـ أ «روبرت مالمو» وزملاؤه وضع هذا المصطلح عام ١٩٥٠، انظر:

Malmo, R.B. Shagass, C. & Davis, F.H. (1950) Symptom specificity and

bodily reactions during psychiatric interview. Psychosomatic Medicine, 12, 362-376.

٧١ ـ انظر لتفصيل القول عن أسس استخبارات الشخصيةمن الناحيتين النظرية والعملية: أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣) استخبارات الشخصية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢.

٧٢ ـ انظر المرجع نفسه، الفصل التاسع عشر.

٧٣ ـ راجع:

Eysenck, H.J. & Rachman, S. (1965) The causes and cures of neurosis. London: RKP (p.62).

٧٤ ـ انظر المرجع الأول فى هامش رقم ٢، ص ١٩٧.

٧٥ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ٤٣، ص ٢٠٨.

٧٦ ـ I bid.

٧٧ ـ انظر :

Cattell, R.B.(1971) The nature and measurement of anxiety. Contemporary psychology from Scientific America, San Francisco: Feeman.

٧٨ ـ I bid

٧٩ ـ انظر هامش رقم ٦٣، ص ٢٦٠.

٨٠ ـ انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٦.

٨١ ـ انظر هامش رقم ٦٣، ص ص ٦ ـ ٧.

٨٢ ـ I bid.

٨٣ ـ يعرض هذا الكتاب لأجزاء من رسالتى الدكتوراه فى الطب النفسى لهذين المؤلفين.

٨٤ - Ibid . p .79 f .

٨٥ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٦.

٨٦ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ٦.

٨٧ - انظر هامش رقم ٣٩، ص ٤١.

٨٨ - انظر هامش رقم ٦٣، ص ص ٥ - ٦.

٨٩ - انظر هامش رقم ٤٧، ص ١٢٦.

٩٠ - ذكرت هيئة الصحة العالمية WHO عن العلاج الكيميائي Chemotherapy أن أية مادة تدخل الجسم وتؤدي إلى تعديل وظائفه، فإنها تسمى عقارا Drug. انظر: كولز (١٩٩٢) المدخل إلى علم النفس المرضى الاكلينيكي. ترجمة: عبدالغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن. مراجعة: أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية، ص ٤٨٣.

٩١ - الكبت Repression استبعاد مادة ما مثيرة للقلق كالدوافع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية، وطردها الى حيز اللاشعور. انظر: أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩٣) أصول الصحة النفسية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط ٢، ص ٢٤٧.

٩٢ - انظر: كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠، ص ٥٢٣.

٩٣ - انظر هامش رقم ٧٣، ص ١٢.

٩٤ - انظر : كولز (١٩٩٢) هامش رقم ٩٠، ص ٥٥٤.

٩٥ - راجع المرجع في هامش رقم ٩٠، ص ص ٥٥٥ - ٦.

٩٦ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١، ص ٣٢.

٩٧ ـ هذه هي طريقة «ميدونا Meduna» المسماه Carbon Dioxide - Oxygen . Therapy

٩٨ ـ انظر المرجع الوارد في هامش رقم ١١، ص ٧١.

٩٩ ـ انظر: أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٧) كراسة تعليمات قائمة ويلوبى للميل العصابي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠٠ـ راجع: وولبى، لانج (١٩٨٤) كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف. إعداد وتعريب: أحمد محمد عبدالخالق، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٠١ـ انظر المراجع الثلاثة الآتية:

- باترسون (١٩٨١) نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. ترجمة: حامد عبدالعزيز الفقى. الكويت: دار القلم.
- سوين (١٩٧٩) علم الأمراض النفسية والعقلية. ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية.
- كاشدان (١٩٨٤) علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبدالعزيز سلامة، مراجعة: محمد عثمان نجاتى، القاهرة: دار الشروق.

١٠٢ ـ راجع:

Kaluger, G. & Kaluger, M.(1979) Human development: The span of life. St. Louis: Mosby Comp., 2nd ed., p.5.

١٠٣ ـ انظر

- Goldenson, R. (Ed.) (1984) Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York: Longman, p.217.

- Hurlock, E. (1968) Developmental psychology. New York: McGraw-Hill, 3rd ed., p.5.

١٠٤ ـ راجع :

Chiriboga, D.A.(1977) Personality in adults and aged. In B.B. Wolman (Ed.) International encyclopeadia of psychiatry, psychoanalysis and neurology. New York, Vol.8, pp.291-295.

١٠٥ ـ انظر :

فرج عبدالقادر طه (١٩٨٨) المجمل فى علم النفس والشخصية والأمراض النفسية. القاهرة: الدار الفنية للنشر والتوزيع، ص ٩٨.

١٠٦ ـ Op. Cit. , P. 292.

١٠٧ ـ نفضل فى هذا السياق ترجمة مصطلح Development بالتطور وليس بالارتقاء، ذلك أن مصطلح ارتقاء يمكن أن يتضمن - أكثر من مصطلح التطور - معنى تقييميا Evaluativeموجبا ومفضلا، فيكون ارتقاء القلق أمرا مرغوبا، وكذلك الحال فى ارتقاء العدوان فيكون مطلوبا ... وهكذا.

١٠٨ ـ راجع:

Saarni, C. & Azara, V. (1980) Anxiety (developmental) In R.H. Woody (Ed.) Encyclopeadia of clinical assessment. San Francisco: JosseyBass. pp. 575-587.

١٠٩ ـ I bid.

١١٠ ـ I bid.

١١١ ـ I bid.

١١٢ ـ انظر هامش رقم ٣، ص ٨٦٣.

١١٣ ـ انظر هامش رقم ٣٩، ص ص ٤٣ ـ ٤.

١١٤ ـ انظر هامش رقم ٣ ص ٨٦٤.

١١٥ ـ انظر مثالا لهذه الدراسات العربية فيما يلي:

أ ـ السيد محمد عبدالغنى (١٩٩١) الأبعاد الأساسية للشخصية : دراسة فى النمو. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف أحمد محمد عبدالخالق، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب ـ نبوية عبد العزيز شاهين (١٩٩١) الأبعاد الأساسية لشخصية الأطفال فى مرحلة الطفولة المتوسطة (٦ ـ ١٢ سنة): دراسة ارتقائية. رسالة ماجستير (غير منشورة) تحت إشراف عبدالحليم محمود السيد. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١١٦ ـ انظر:

Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology . In H.J. Eysenck (Ed.) Handbook of abnormal psychology. London: Pitman, 2nd ed., pp. 34-66.

١١٧ ـ انظر المراجع الآتية:

أ ـ عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٧) دراسة عاملية ومنهجية مقارنة للقلق لدى بعض الفئا ت الاكلينيكية. رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية.

ب - كمال إبراهيم مرسى (١٩٧٨) القلق وعلاقته بالشخصية فى مرحلة المراهقة : دراسة تجريبية. القاهرة : دار النهضة العربية، ص ٨١.

ج - المرجع الوارد فى هامش رقم ١٠٤، ص ٢٩٣.

د - Johnson, C.W. (1975) Human growth and development. In: C.W. Johnson, J.R. Snibbe, & L.A. Evans (Eds.) Basic psychopathology: A programed text. New York: Spectrum, pp. 24-49.

١١٨ ـ انظر الفقرة (٩ ـ ج) فى الفصل الأول. وراجع أيضا:

- Ahlen, L.H. (1962) The relationship of classroom climate to teachers knowledge of pupils, sociometric status, manifest anxiety, ability, and socio-economic status. Dissertation Abstracts International, 23 (5), 2412 - 2414.
- Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1975) The definition and measurement of anxiety as a trait in the 12-17 year range. British Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 115-181.
- Semmanova, M.A. (1974) A view of anxiety of children of 13-15 years age. Psychological Abstracts, 15 (2), 1391.

١١٩ ـ ارجع الى .ه الدراسة كاملة فى : أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩٠) القلق لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال. بحث ألقى فى المؤتمر الدولى للطفولة فى الاسلام، قسم علم النفس، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، فى المدة من ٩ ـ ١٢ أكتوبر ١٩٩٠.

١٢٠ ـ انظر: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩١) بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدى الانبساط والعصابية. مجلة علم النفس، ١٨/١٩، ٢٨ ـ ٤٥.

١٢١ ـ راجع:

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montouri, J. & Platzek, D. (1973) Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. CA.Palo Alto : Consulting Psychologists.

١٢٢ ـ انظر : عبدالرقيب أحمد البحيرى (١٩٨٢) اختبار القلق الحالة - السمة للأطفال. القاهرة: دار المعارف.

١٢٣ ـ هذه النقطة قمينة بالدراسة فى بحث مستقل.

١٢٤ ـ راجع : أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩٢) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيان. المجلة المصرية للدراسات النفسية،

١٢٥ ـ انظر: يسرية بدوى، ناهد كامل، أحمد عبدالخالق، محمد تقى جعفر، سهام راشد (١٩٨١) سن البلوغ لدى الفتيات وعلاقته بالشخصية. فى: أحمد محمد عبدالخالق (محرر) بحوث فى السلوك والشخصية، الاسكندرية: دار المعارف، ١، ٥٧ ـ ٦٥.

١٢٦ ـ راجع: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال (١٩٩١) سن البلوغ وعلاقته بأبعاد الشخصية لدى الفتيات. دراسات نفسية، ١ (٣)، ٤٣٩ ـ ٤٥٨.

١٢٧ ـ انظر:

أ ـ المرجع الوارد فى هامش رقم ١٧.

ب ـ المرجع الأول فى هامش رقم ٤٤.

ج ـ المرجع الأول فى هامش رقم ١١٧.

١٢٨ ـ انظر : حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). القاهرة : عالم الكتب، ط ٤.

١٢٩ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٢٥.

١٣٠ ـ راجع : ريتشارد لن (١٩٩٠) مقدمة لدراسة الشخصية. ترجمة: أحمد محمد عبدالخالق، مايسة أحمد النيال، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٣١ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٢٨. وكذلك:

ـ فؤاد البهى السيد (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو: من الطفولة الى الشيخوخة. القاهرة : دار الفكر العربى، ط ٤.

١٣٢ ـ ارجع إلى هذه الدراسة كاملة فى: أحمد محمد عبدالخالق، عبدالفتاح محمد دويدار، مايسة أحمد النيال، عادل شكرى محمد كريم، السيد محمد عبدالغنى (١٩٨٩) الفروق فى القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس فى مصر. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ص ٩٨ ـ ١١٣.

١٣٣ ـ انظر المرجع الوارد فى الهامش رقم ١٧.

١٣٤ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٧.

١٣٥ ـ انظر المراجع الواردة فى هامش رقم ٤٤.

١٣٦ ـ انظر المرجع الـ ارد فى هامش رقم ٣٩.

١٣٧ ـ راجع:

Eisdorfer, C., Cohen, D.& Keckick, W. (1981) Depression and anxiety in the cognitively impaired aged. In D. F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.) Anxiety: New research and changing concepts. New York: Raven Press, pp. 425-429.

١٣٨ ـ انظر المرجع الأول الوارد فى هامش رقم ١١٨.

١٣٩ ـ انظر المرجع الثالث الوارد فى هامش رقم ١١٨.

١٤٠ ـ انظر المرجع الثانى الوارد فى هامش رقم ١١٨.

١٤١ ـ انظر: عبدالفتاح محمد دويدار (١٩٨٤) مفهوم الذات لدى خريجى المدارس الثانوية الرسمية والأجنبية وعلاقته باتجاهاتهم نحو التخصص الدراسى والمهنة والزواج. رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ص ١٧٩.

١٤٢ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٣٧.

١٤٣ ـ راجع:

Shaffer, D.R.(1989) Developmental psychology. Childhood and adolescence. California: Brooks - Cole, p.167.

١٤٤ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٣٠، ص ٤٤.

١٤٥ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ٣٩.

١٤٦ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش رقم ١٣٠، ص ص ٤٤ ـ ٥.

١٤٧ ـ انظر للتفصيل المرجع الوارد فى هامش ١٣٢.

١٤٨ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش ١٣٠، ص ص ٢١ ـ ٤.

١٤٩ ـ انظر المرجع الوارد فى هامش ١٣٠، ص ص ٤٢ ـ ٣.

١٥٠ ـ المرجع والموضع نفسه.

* * *

تم بحمده تعالى

